



ویلیام ال. گلدن  
ای. توماس داوود  
فرد فریدبرگ

دانشگاه آزاد اسلامی  
۲۶۶

# هیپنوتیسم درمانی

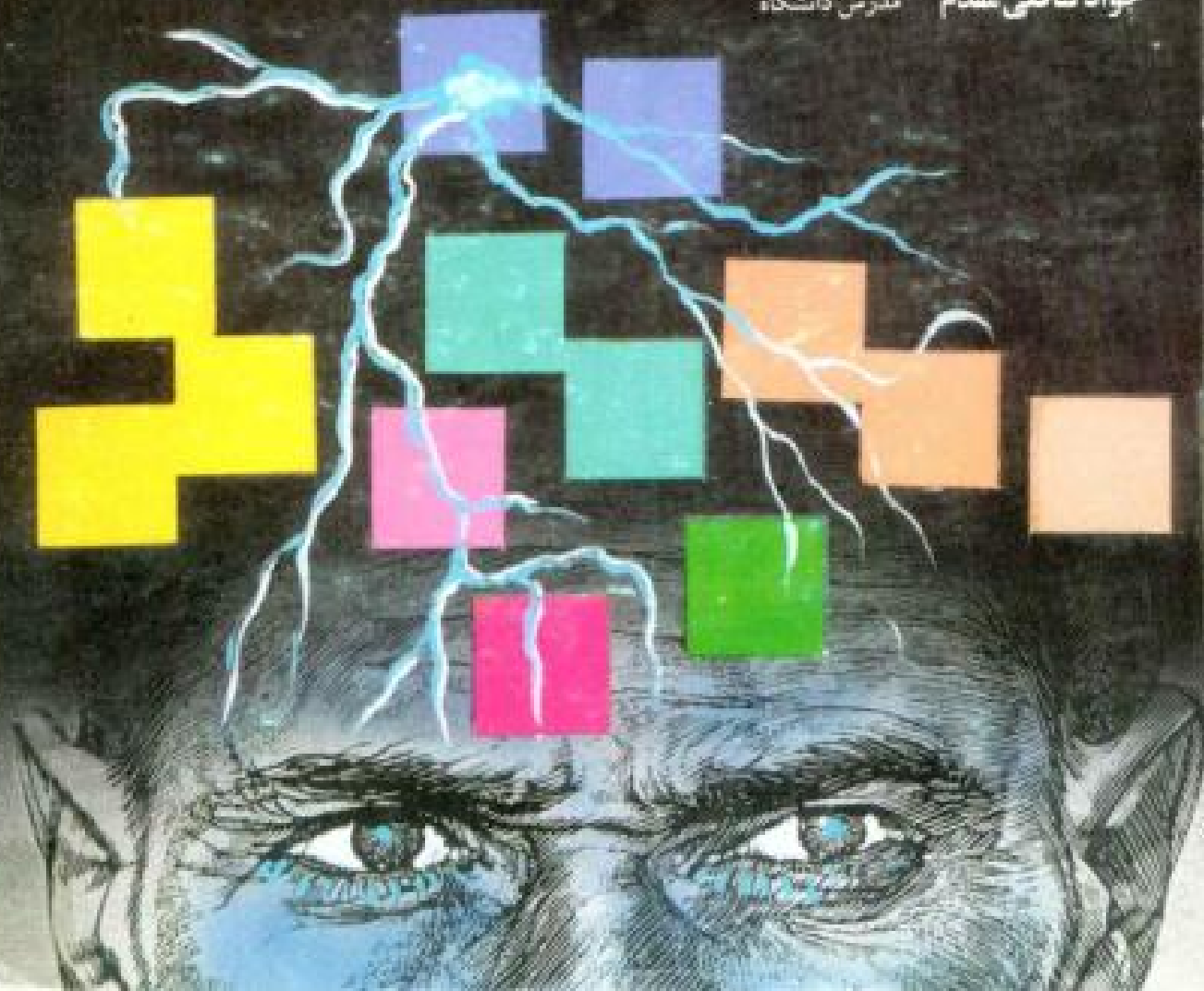
مترجمان:

محمد نریمانی

نفس و هیأت علمی دانشگاه شاهد

جواد شافعی مقدم

مدرس دانشگاه



ویلیام ال. گلدن

ای. توماس داؤد

فرد فریدبرگ

# هیپنوتیسم درمانی

مترجمان

جواد شافعی مقدم

مدرس دانشگاه

محمد نریمانی

عضو هیأت علمی دانشگاه شاهد



۲۶۶

مشخصات :

- نام کتاب : هیپنوتیسم درمانی  
مؤلفان : ویلیام ال. گلدن، ای. توماس داؤد، فرد فریدبرگ  
مترجمان : محمد نریمانی، جواد شافعی مقدم  
ویراستاران : احمد رضوانی، محمدرضا مصباحی  
ناشر : مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد،  
صندوق پستی ۱۵۷ - ۹۱۷۳۵  
تیراژ : ۳۰۰۰ نسخه  
تاریخ انتشار : ۱۳۷۴  
نوبت چاپ : نوبت اول  
امور فنی و چاپ : مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی

حق چاپ محفوظ است

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۷	مقدمه مترجمان
۹	پیشگفتارِ دانیل آراُز
۱۱	مقدمه
۱۳	فصل اول مقدمه
۲۴	فصل دوم تلقین هیپنوتیسمی
۶۰	فصل سوم افسردگی
۸۴	فصل چهارم هیپنوتیسم درمانیِ ترس، هراس و اختلالات وابسته به فشار روانی
۱۰۵	فصل پنجم کنترل درد به طریق هیپنوتیسم درمانی
۱۲۹	فصل ششم اختلالاتِ عادت
۱۴۵	فصل هفتم شکستن مقاومت در هیپنوتیسم درمانی
۱۷۷	فصل هشتم آموزشِ خود هیپنوتیسم
۲۰۴	فرجام سخن
۲۰۷	ضمیمه
۲۱۱	در مورد مؤلفان
۲۱۲	نمایه موضوعی
۲۱۴	نمایه مؤلفان
۲۱۷	منابع

## مقدمه مترجمان

در تاریخ بشری پدیده‌هایی وجود دارند که پیکره تاریخی آنها را هاله‌ای از بدگمانی، ابهام و تعبیرهای درست و نادرست فراگرفته است به گونه‌ای که حتی چهره حرفه‌ای عالمان این پدیده‌ها نیز از این ابهامات دور نمانده است هاله‌ای که هم عالمان بدین پدیده، هم خود پدیده و هم غیرعالمان عملگرا را فراگرفته است و این هاله باعث شده که مرزهای واقعی درهم شکند. یکی از این پدیده‌ها هیپنوتیسم<sup>۱</sup> یا به تعبیر درست یا نادرست مصطلح «مسمریسم»<sup>۲</sup> است. به موازات وجود بدگمانی‌ها و ابهامات، مطالب خواندنی در این مورد نیز همین هاله را با خود دارد. شاید بتوان گفت به میزانی که امکان تبیین دقیق، کمتر و یا آدمی در تبیین ناتوانتر است به همان میزان حدسیات و فرضیات یا حتی سوءتعبیرها فزونی می‌یابد. هیپنوتیسم با همه تواناییها و یاریهایی که می‌تواند به آدمی در زمینه‌های متعدد برساند، متأسفانه در معرض چنین ابهامات و بدگمانیهاست به گونه‌ای که حتی متخصصین نیز در مطالعه مطالب مربوط به این پدیده، گاه احساس می‌کنند مرزها درهم شکسته شده و جداسازی یافته‌های علمی و سخن‌پراکنی‌های تجاری، دشوار گشته است. این نگرانی تا بدان حد است که عالمان بدین علم نیز گاه با احتیاط بدان نزدیک می‌شوند و از آن سخن می‌گویند چرا که مخدوش شدن مرزها در این حوزه سهل است و عوام‌زدگی در این پدیده، زیاد به چشم می‌خورد، به گونه‌ای که تشخیص سره از ناسره دشوار می‌شود. نگاهی به بازار آشفته

تولیداتی که در این حوزه عرضه می‌شود، نگرانیها و دلهره‌های علمی را به شکل عینی و ملموس افزایش می‌دهد و گاه تا آن حد که مرزهای طبیعی و معمول جبهه‌گیری را درهم می‌شکند و سبب می‌شود برخی راه تفریط را پیموده، سعی کنند بدان نزدیک شوند. اگر آشفتگی دلهره‌زا در مورد هیپنوتیسم تا این حد است باید پرسید پس چه احتیاج به ارائه اثری دیگر.

حقیقت این است که نگاهی گذرا به فهرست مطالب کتاب حاضر، ویژگیهای متفاوت آن را نسبت به کتابهای دیگر آشکار می‌سازد و همانطور که از این فهرست برمی‌آید، این کتاب مستقیماً به کاربرد علمی هیپنوتیسم در درمان بیماریهای روانی می‌پردازد و این امر تا حد زیادی مترجمان را واداشته تا به ترجمه این کتاب بپردازند، هرچند که تخصص مؤلفان کتاب نیز از نظر دور نمانده است.

ضمناً مطالبی در فصل هفتم این کتاب عنوان شده بود که با فرهنگ و اخلاق جامعه ما مغایر بود بدین جهت فصل هفتم بطورکلی حذف شد و فصول بعدی به ترتیب در کتاب جایگزین گردید.

امید که کتاب حاضر بتواند کمکی به پیکره دانش درمان بیماریهای روانی در کشور باشد و برای روان‌شناسان، روان‌پزشکان، پزشکان، دندان‌پزشکان و دیگر متخصصین سودمند افتد.

مترجمان، ضمن سپاس از مسؤولین محترم انتشارات آستان قدس رضوی که امکان انتشار این کتاب را فراهم آوردند، انتقادات و پیشنهادات خوانندگان گرامی را در جهت بهبود ترجمه این اثر نه تنها، سودمند، بلکه خود را مدیون منتقدین هم می‌دانند.

محمد نریمانی

جواد شافعی مقدم

## پیشگفتار

با کثرت کتابهای رایج در مورد هیپنوتیسم، از خود سؤال کردم این کتاب چه چیزی می‌تواند عرضه کند. بعد از مطالعه دقیق آن در حقیقت می‌توانم بگویم که گلدن<sup>۱</sup>، داود<sup>۲</sup>، و فرد برگ<sup>۳</sup>، برای پیشرفت فعلی هیپنوتیسم دو وظیفه و کار مهم به انجام رسانده‌اند. نخست این که، رویکرد غیرسنتی را در هیپنوتیسم بالینی با حمایت علمی؛ اعتبار می‌دهند. گرچه از اوایل دهه ۱۹۷۵ تا به حال در زمینه رویکردی نو در هیپنوتیسم درمانی، آثار زیادی منتشر شده است اما اغلب، این آثار را فاقد اعتبار واقعی که از پژوهش‌ها و تحقیقات نشأت گرفته باشد می‌یابیم. گلدن، داود و فرد برگ سعی می‌کنند تا در حد امکان با برشمردن مطالعات نوین، شیوه‌های بالینی مورد استفاده در هیپنوتیسم را توجیه نمایند.

وظیفه دوم این که آنها سعی کرده‌اند تا هیپنوتیسم بالینی را از حالت پیچیدگی خارج سازند و به صورتی روشن بیان دارند و بدون اینکه تعصبی به خرج دهند، خودشان را از هیپنوتیسم سنتی جدا سازند. در این جدائی (که دقیقاً همان چیزی است که من به عنوان هیپنوتیسم جدید توضیح داده‌ام) آنها هنوز عناصر ساختاری را حفظ می‌کنند که راهنماییهای مفیدی برای مبتدیان هیپنوتیسم محسوب می‌شوند.

به هر حال، در جدا شدن از هیپنوتیسم سنتی، روشهای متصور آزمایشگاهی در مورد استفاده از هیپنوتیسم، گلدن، داود و فرد برگ ما را برآن می‌دارند تا صادقانه وضعیت

---

1. Goldon

2. Dowd

3. Freidberg



جزم‌گرایانه‌ای را که به مدت چند دهه خواسته است تا استفاده از هیپنوتیسم را به تعدادی از متخصصان حرفه‌ای محدود سازد، مورد سؤال قرار دهیم. اگر هیپنوتیسم «با طبیعت افراد سازگاری داشته» و در دسترس هر فرد عادی باشد، در این صورت آیا نبایستی به هرکس خود هیپنوتیسم را آموزش دهیم؟ آیا نبایستی معلمان، مدیران، مربیان ورزش و دیگر کسانی که مستقیماً با مردم سروکار دارند اصول هیپنوتیسم را فراگیرند؟

گلدن، داود و فردبرگ با ابهام‌زدایی هیپنوتیسم عملاً هیپنوتیسم را به عنوان یکی از شیوه‌های گوناگون تفکر که می‌تواند برای تقویت و خوشبختی مردم یاد گرفته شود، تعریف مجدد می‌کنند. این کتاب، روش استفاده غیرسنتی از هیپنوتیسم را که اعتبار علمی داشته و قابل آموزش می‌باشد، ارائه می‌دهد.

این بدان معنی نیست که نویسندگان، احتیاط‌های حرفه‌ای و تخصصی لازم در هر اقدامی را که هدفش کمک به تغییر افراد است، نادیده نمی‌گیرند بلکه برعکس، تخصصی بودن آنها در سراسر کتاب حاضر، آشکار است. هم در ادعای نظری برای هیپنوتیسم درمانی و هم آگاهی آن افراد برای کاربرد این روش نیاز به شناخت و پیدا کردن مهارت دارند.

جای بسی خوشحالی است که ورود این کتاب جدید را به ادبیات فزاینده هیپنوتیسم جدید خیرمقدم بگویم و با کمال احترام، متخصصین بالینی را برای مطالعه و جذب آنچه که این کتاب عرضه می‌دارد، ترغیب می‌نمایم و معترف هستم که به صورت حرفه‌ای از کتاب «هیپنوتیسم درمانی: رویکردی جدید» که توسط گلدن، داود و فردبرگ نوشته شده، بهره‌مند گردیده‌ام.

دانیل آراؤز<sup>۱</sup>

استاد مشاوره بهداشت روانی

دانشگاه لانگ ایسلند<sup>۲</sup>

## مقدمه

هیپنوتیسم یا آنچه که قبلاً مسمریسم نامیده می‌شد در چند قرن گذشته از لحاظ معروفیت ترقی و تنزل داشته است. اخیراً شاهد پیدایش دوبارهٔ علاقه در این زمینه بوده طوری که بنظر می‌رسد کتاب‌های جدید، هر هفته منتشر می‌شوند. اما این علاقه با این خطر همراه است که قدرت هیپنوتیسم را به عنوان ابزاری برای تغییر روان‌شناختی مورد مبالغه قرار دهیم شاید همین علاقهٔ غیرانتقادی است که قبلاً به ترقی و تنزل دوره‌ای هیپنوتیسم کمک کرده است. بنابراین، بسیار حائز اهمیت است که هیپنوتیسم به شیوه مسئولیت‌آمیزی توسط درمانگران بکار رفته و صرفاً به عنوان یک شیوهٔ درمانی مورد استفاده قرار نگیرد بلکه به عنوان روشی الحاقی برای درمان به کار رود. چنین دیدگاهی از هیپنوتیسم است که این کتاب سعی کرده آن را رشد و توسعه دهد، دیدگاهی که هیپنوتیسم را تکنیکی آمیخته به روان‌درمانی می‌داند.

ما رویکردمان را «هیپنوتیسم درمانی جدید» نامیده‌ایم چرا که روشهای جدیدتر اریکسون و روشهای رفتاری - شناختی و نیز کاربردهای سنتی هیپنوتیسم را دربر می‌گیرد. ولی موضوع کتاب این است که هیپنوتیسم، نوعی راهبرد<sup>۱</sup> مقابله است که درمانجویان می‌توانند در موقعیتهای مسأله‌ساز و پیچیده به نفع خودشان از آن بهره‌مند گردند. این موضوع، این دیدگاه را منعکس می‌سازد که در تجزیه و تحلیل نهائی، هر هیپنوتیسمی نوعی خود هیپنوتیسم است. بنابراین، با رد این تصور که هیپنوتیسم تکنیک قدرتمند و مرموزی

است که توسط درمانگرِ قدرتمند به درمانجوی درمانده اعمال می‌شود، باید اذعان داشت که هیپنوتیسم روشی است که برای به‌دست آوردن هر نتیجه‌ای، نیاز به همکاری فعال درمانجو دارد. گرچه چنین دیدگاهی از هیپنوتیسم ممکن است برای آنهایی که منتظر پاسخهای سحرآمیز برای آسیبهای زندگی هستند، ناامیدکننده باشد ولی می‌تواند اطمینان دهد که ارزش هیپنوتیسم با استفاده مبالغه‌آمیز توسط طرفدارانش کم و زیاد نخواهد شد.

این کتاب طوری طرح‌ریزی شده که دست‌اندرکارانی که دانش کمی نیز درخصوص هیپنوتیسم دارند بتوانند آن را در درمان انواع مختلف مسائل روان‌شناختی بکار ببرند. فصول اول این کتاب، مرور کلی در همین زمینه و مروری بر روشهای تلقین هیپنوتیسمی را فراهم می‌سازد. فصلی دیگر، دیدگاه هیپنوتیسم درمانی را در خصوص مقاومتِ درمانجو و نیز راهبردهای غلبه به مقاومت را ارائه می‌دهد. بیشتر فصلهای این کتاب، روشهای مفصل استفاده از هیپنوتیسم را در درمان انواع مختلف بیماریها، ارائه می‌نماید. مثالهای موردی نیز در سراسر این کتاب بکار رفته تا چگونگی کاربرد واقعی این تکنیکها را نشان دهد. اما، اهمیت دارد که خواننده، این موردها را صرفاً، توضیحی تلقی کرده و آنها را به عنوان تجویزی تلقی نکند. این موردها، صحیح‌ترین راه استفاده از هیپنوتیسم را در روان‌درمانی، تعریف نمی‌کنند بلکه آنها را به عنوان یکی از چند روش تعریف می‌کنند. انعطاف و سازش‌پذیری درمانگر نیز در اینجا به اندازه هر رویکرد درمانی، اهمیت دارد.

همچنین اهمیت دارد که خواننده، این کتاب را به عنوان اولین گام در نظر گرفته و آن را هدف نهایی نپندارد. چنانچه قصد دارید بطور جدی از هیپنوتیسم در کارتان استفاده کنید لازم است که آموزش اضافی را هم به شکل حضور در کارگاههای عملی و هم توسط مطالعات اضافی کسب کنید. خوشبختانه تعداد زیادی کارگاههای عالی وجود دارند که آموزشهای لازم را ارائه کنند و کتابهای زیادی که مرتباً در حال افزایش هستند. بنابراین، هنجروی جدی هیپنوتیسم با فقدان منابع مواجه نخواهد شد.

در خاتمه، امیدواریم که از این کتاب بهره‌مند شوید.

ویلیام ال. گلدن

ای. توماس داود

فرد فریدبرگ

# فصل اول

## مقدمه

هدف از هیپنوتیسم درمانی<sup>۱</sup>: هیپنوتیسم درمانی، رویکرد جدیدی است که چگونگی تلقین و بکاربردن هیپنوتیسم بالینی را به خواننده نشان می‌دهد. این رویکرد جدید، برای متخصصین بالینی<sup>۲</sup> نوشته شده که ممکن است درخصوص درمان بیماران به وسیله هیپنوتیسم دانش و یا آگاهی قبلی، داشته و یا نداشته باشند. درمان و القاء هیپنوتیسمی به شیوه‌های مرحله به مرحله‌ای تقسیم می‌شوند. نسخه‌هایی از شیوه‌های القاء هیپنوتیسمی، تلقینات درمانی و عمل متقابل درمانگر و درمانجو در سراسر کتاب فراهم آمده و توجه خاصی به تکنیکهای بالینی شده است. نمونه‌های موردی نیز برای نشان دادن طرز استفاده روشهای هیپنوتیسمی ذکر شده‌اند.

## رویکردهای هیپنوتیسم درمانی

چارچوب بالینی ما در این کتاب براساس تلفیق روشهای هیپنوتیسم درمانی سنتی و امروزی است. به عنوان مثال، گاه درمانجریان به ترکیبی از روش اریکسون<sup>۳</sup> و روش رفتاری - شناختی<sup>۴</sup>، درمان می‌شوند. اکنون خوانندگان را با هر یک از

---

1. Hypnotherapy

2. Clinician

3. Ericksonian Method

4. Cognitive - behavioral Method

رویکردهای هیپنوتیسم درمانی که به نحوی برای ما مؤثر بوده‌اند، آشنا خواهیم کرد. هیپنوتیسم درمانی سنتی<sup>۱</sup>: هدف هیپنوتیسم درمانی سنتی، ایجاد علائم سکون و آرامش به طریق تلقین مستقیم است. به عنوان مثال، یک هیپنوتیزور سنتی ممکن است برای تسکین و تخفیف درد، به بیمار هیپنوتیسم شده، آموزش زیر را بدهد:

«تا ده که بشمارم، دردتان بطور کامل برطرف خواهد شد» نیز، ممکن است هیپنوتیزور، تصویر ذهنی هدایت شده‌ای را در این خصوص بکاربرد مثلاً ممکن است درمانجو را به تجربه بی‌هوشی شدید هدایت سازد که این بی‌هوشی شدید دربرگیرنده احساس کمرختی و کاهش درد بشود. خود هیپنوتیسم<sup>۲</sup> ممکن است آموزش داده شود گرچه شرکت فعال درمانجو در این حالت موردنیاز نمی‌باشد علاوه بر این، اکثر هیپنوتیزورهای سنتی سعی می‌کنند علائم تخفیف درد را بدون کشف علل زیربنایی آن علائم به دست بیاورند. با این وجود، تعدادی از هیپنودرمانگران<sup>۳</sup> سنتی (برنهایم ۱۸۹۵، پرنس و کوریات<sup>۴</sup>، ۱۹۰۷) دریافتند که روشهای تشخیص بینش<sup>۵</sup> که مبتنی بر ترغیب، استدلال، و بازآموزی هستند بعضی وقتها در بدست آوردن علائم تسکین درد ضروری می‌باشند. تأکید آنان بر ارزیابی مجدد منطقی (بازسازی شناختی<sup>۶</sup>) اغلب دربرگیرنده تلقینات هیپنوتیسمی جهت تغییر الگوهای فکری با علائم بالینی می‌شد.

تحلیل هیپنوتیسمی<sup>۷</sup>: فروید<sup>۸</sup> (۱۹۲۰) کارآئی تلقین مستقیم را در درمان هیپنوتیسمی مورد سؤال قرار داده و نتیجه گرفت که:

تلقین مستقیم صرفاً در بعضی موارد می‌تواند به کار گرفته شود و در موارد دیگر نمی‌تواند مورد استفاده واقع شود؛ با بعضی از تلقینات مستقیم، نتایج بهتری به دست می‌آید و با بعضیها، نتایج کمتری و هیچ‌کس نمی‌داند که چرا وضع چنین است. اما بدتر از ماهیت متغیری تلقین مستقیم، بی‌ثباتی آن در نتایج است که بعد از مدتی از بیمار شنیده

1. Traditional Hypnotherapy

2. Self - Hypnosis

3. Hypnotherapists

4. Bernheim

5. Insight - Oriented Methods

6. Cognitive restructuring

7. Hypnoanalysis

8. Freud

می‌شود که درد مزمن او دوباره برگشته و یا درد دیگری جای درد قبلی را گرفته است. (۱۹۲۰ صفحه ۱۵۷)

انتقاد شدید فروید تعدادی از شاگردانش را از دخالت دادن هیپنوتیسم در روان‌درمانی باز نداشت. تحلیل هیپنوتیسمی حاصله، تکنیکهای هیپنوتیسمی را با روانکاوی آمیخت و چنین استنباط شد که هیپنوتیسم مستقیماً می‌تواند از ضمیر ناخودآگاه بهره‌برداری کرده و به همین خاطر فرایند روانکاوی کشف و تفسیر مقاومتها، دفاعها، رؤیاها و انتقال را سرعت بخشد.

علاوه بر این، روشهای تحلیلی استاندارد از قبیل تداعی آزاد<sup>۱</sup> و تعبیر رؤیا<sup>۲</sup>، تحت تأثیر هیپنوتیسم سودمند به نظر رسیدند. به عنوان مثال، تلقینات هیپنوتیسمی توانستند در ایجاد رؤیا، یادآوری و فهم آن مؤثر واقع شوند. درمان مؤثرتر و کوتاه مدت از طریق تحلیل هیپنوتیسمی مبتنی بر این فرضیه است که هیپنوتیسم به متخصصین بالینی اجازه می‌دهد که به طور مستقیم با ضمیر ناخودآگاه درمانجو رابطه برقرار نموده و بدین وسیله بهبودی ماده ضمیر ناخودآگاه را سهولت بخشد. در نهایت پرداختن به تعارضات ضمیر ناخودآگاه و راه حل های آن، زمینه را برای دیرپایی تغییر درمانی فراهم می‌آورد.

«هیپنوتیسم درمانی جدید» هم بر تسکین علائم و هم بر اصلاح بینش تأکید دارد و برخلاف تحلیل هیپنوتیسمی، هیپنوتیسم درمانی جدید، «بینش» را از طریق علم به شناختهای ناسازگارانه از قبیل خود تلقینات منفی و اثرات آنها روی رفتار و هیجانات، به دست می‌آورد. این گونه شناختهای متناقض، همان چیزهایی هستند که روانکاوان ممکن است بدانها به عنوان «ماده نیمه هشیار» اشاره کرده باشند، به این معنا که به عنوان افکاری اشاره شده‌اند که هر وقت لازم گردد می‌توانند به قسمت آگاه ذهن آورده شوند. علاوه بر بازیابی مواد ناخودآگاه، تکنیکهای تحلیل هیپنوتیسمی از قبیل بازگشت سنی و یادآوری توسعه یافته، می‌توانند در روشن کردن عقاید، نگرشها و افکار ناسازگارانه یاری نمایند.

هیپنوتیسم درمانی اریکسون<sup>۱</sup>: هم روش اریکسون و هم روش سنتی، بیشتر بر علائم تسکین تکیه دارند تا بینش<sup>۲</sup> درمانجو نسبت به مشکل. در این روش برعکس تمایل هیپنوتیسمی، هیچ تلاشی در هیچ یک از دو الگو جهت غلبه به تعارضات ضمیر ناخودآگاه صورت نمی گیرد. گذشته از این، روش اریکسون در ارجحیت دادن به تلقینات غیرمستقیم با روش هیپنوتیزورهای سنتی فرق می کند. اریکسون اعتقاد داشت، احتمال کمتری دارد تلقینات غیرمستقیم مقاومت درمانجو را برانگیزاند.

برای کاهش آگاهی و هوشیاری درمانجو نسبت به تلقینات و مقاومت احتمالی در برابر این تلقینات، تلقینات غیرمستقیمی از قبیل آموزشهای تناقضی ارائه می گردد. به عنوان مثال، برای دستیابی به تسلیم درمانجو، درمانگر اریکسونی احتمالاً به درمانجوی مخالف یاد می دهد تا به مقاومت خود ادامه دهد.

در یکی از موارد، درمانجوی مقاوم به تلقین هیپنوتیسمی اولیه با بازکردن چشمان خود در اواسط تلقین و با اظهار این که «تأثیر نمی کند»، پاسخ داد. درمانگر پاسخ درمانجو را با موافقت کردن و با اظهار این که تلاش بعدی او در هیپنوتیسم نیز احتمالاً با شکست مواجه خواهد شد، مورد استفاده قرار داد. درمانجو اعتراض کرد که درمانگر دارد تسلیم او می شود، اما درمانگر به او اطمینان داد که چنین نیست و بدین ترتیب در تلاش بعدی با موفقیت هیپنوتیسم را با اندک تغییری در شیوه تلقین، ایجاد کرد.

یکی از مفاهیم مهم اریکسون که فرایند متقابل درمانگر و درمانجو را توصیف می کند «همگامی و هدایت»<sup>۳</sup> نامیده می شود. زمانی که تلقینات با تجارب و رفتار درمانجو سازگاری داشته باشد می توان گفت که درمانگر در حال همگامی با درمانجو است. وقتی که بیمار، همگامی را پذیرا می شود، هیپنوتیزور می تواند نقش هدایت کننده ای را ایفاء کرده و دستوردهی بیشتری داشته باشد. به عنوان مثال، درمانگر ممکن است درمانجو را وقتی که دارد نفسش را بیرون می دهد با گفتن این که «دارید نفس خود را بیرون می دهید» همگامی کرده و با اضافه کردن این جمله که «شروع به تن آرامی

1. Ericksonian Hypnotherapy

2. Insight

3. Pacing and Leading

خواهید کرد» درمانجو را هدایت کند.

**الگوی رفتار هیپنوتیسمی:** سالتر<sup>۱</sup> (۱۹۴۹) هیپنوتیسم را برحسب تعریف پاولف توضیح داد: او چنین می‌پنداشت که کلمات اساساً محرکهای شرطی شده‌ای هستند که پاسخ شرطی هیپنوتیسم را استخراج می‌کنند. کاربردهای بالینی سالتر از هیپنوتیسم شامل شرطی‌سازی تقابلی ترس، هراس<sup>۲</sup> و آموزش درمانجویان برای استفاده از تلقین به خود مثبت می‌شد. روشهای سالتر شباهت زیادی به روشهای رفتاری و شناختی اخیر از قبیل آموزش تن آرامی، حساسیت‌زدایی و بازسازی شناختی دارد.

گروگر و فزler<sup>۳</sup> (۱۹۷۶) نیز هیپنوتیسم را با تکنیکهای رفتاردرمانی درهم آمیختند از آن‌جا که شیوه‌های هیپنوتیسم درمانی و تکنیکهای رفتار درمانی شباهت زیادی باهم دارند (ویتزنهوفر<sup>۴</sup> ۱۹۷۲) لذا نوعی یکپارچگی طبیعی بین این دو رویکرد می‌توان به عمل آورد. به‌عنوان مثال، تکنیکهای تن آرامی و تصویرسازی ذهنی هم در هیپنوتیسم و هم در رفتار درمانی مشترک هستند.

**هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی (CBH):** هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی یک اصطلاح کلی برای رویکردهای رفتاری - شناختی در هیپنوتیسم درمانی است. روشهای هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی بر این فرض مبتنی است که اغلب اختلالات روانی از یک نوع خود هیپنوتیسم مخرب ناشی می‌شوند که توسط آراؤز<sup>۵</sup> (۱۹۸۱ و ۱۹۸۲ و ۱۹۸۵) خود هیپنوتیسم منفی<sup>۶</sup> نامیده شده است. آراؤز روشن ساخت که افکار و تصورات منفی که بدون ارزیابی انتقادی توسط فردی پذیرفته شوند شبیه هیپنوتیسم عمل خواهند کرد. به درمانجوی هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی نشان داده می‌شود که چگونه محتویات خود هیپنوتیسم، تصاویر ذهنی منفی و افکار خودشکن<sup>۷</sup> می‌توانند توسط فرآیند صحیح خود هیپنوتیسم مثبت تغییر داده شوند.

1. Salter

2. Phobia

3. Koger & Fezler (1976)

4. Weitzenhoffer (1972)

5. Araoz

6. Negative Self-Hypnosis

7. Self - defeating



بدین ترتیب، درمانجو چگونگی کنترل فرایند خود هیپنوتیسمی را یاد می‌گیرند. به‌عنوان مثال، افکار خود شکن از قبیل «نمی‌توانم سیگار کشیدن را متوقف سازم» «همیشه گرفتار سیگار خواهم بود» تلقیناتی هستند که با تلاشهای درمانجو برای ترک سیگار در تعارض هستند. خود تلقینات مشابه دیگری چون «شکست خوردم پس آدم سست عنصر و ضعیف‌النفسی هستم» می‌توانند احساس ناامیدی و یأس را در شخص ایجاد نمایند. در این حالت به درمانجو یاد داده می‌شود که چطور خود تلقینات سازنده‌ای را جایگزین خود تلقینات منفی نمایند مثل این تلقینات: «می‌توانم سیگار را ترک کنم چون خویشتن‌داری زیادی دارم.» به درمانجویان همچنین گفته می‌شود که این تلقینات مثبت را در طول تمرین خود هیپنوتیسم و نیز در مشکلات زندگی واقعی خود، تکرار کنند. بعد، متخصص بالینی توضیح می‌دهد که چنانچه درمانجو نیاز به کمک فوری برای کاهش اضطراب و یا رفع پرخوری و ترک سیگار داشته باشد، لقاء هیپنوتیسمی قبل برای موفقیت‌آمیز بودن خود تلقینات درمانی، لازم نیست.

**آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی<sup>۱</sup>:** مفهوم آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی مبتنی بر این قضیه است که تلقین‌پذیری هیپنوتیسمی؛ یک مهارت آموزشی است و یک خصیصه غیرقابل تغییر نمی‌باشد. درمانجو یاد می‌گیرد که توسط شیوه‌های آموزش مهارت‌ها به تلقینات پاسخ دهد. این شیوه‌ها عبارتند از: سرمشق‌گیری؛ آموزش چگونگی تفکر و تصور توأم با تلقینات؛ تکنیک‌های متوقف‌کننده فکر برای قطع رفتار مغشوش‌کننده از قبیل «نمی‌توانم آن را انجام دهم»؛ و روش‌های شکل‌دهی که آزمودنی<sup>۲</sup> را در پیشرفت‌های تدریجی در پاسخ‌دهی هیپنوتیسمی تقویت می‌کند. پژوهش در زمینه عملکرد هیپنوتیسمی (به‌عنوان مثال، دیاموند<sup>۳</sup> ۱۹۷۴ و گارگیلو<sup>۴</sup> ۱۹۷۷، کاتز<sup>۵</sup> ۱۹۷۹) نشان می‌دهد که الف) توانائی هیپنوتیسمی معمولاً در میان افراد مختلف فرق می‌کند، بعضی از آزمودنی‌ها توانائی هیپنوتیسمی بالائی دارند و بعضیها تقریباً اصلاً

1. Hypnotic-Skills training

2. Subject

3. Diamond

4. Gargiulo

5. Katz

ندارند و اکثریت دارای توانایی هیپنوتیسمی متوسط هستند و ب) توانایی هیپنوتیسمی می تواند توسط آموزش مهارت های آن تغییر داده شود. (نمونه ای از آموزش مهارت های هیپنوتیسمی را در فصل دوم این کتاب می توان یافت) ج) اکثر اقدامات هیپنوتیسم درمانی صرفاً مستلزم خلسه سبک تا متوسط است، به نحوی که توانایی هیپنوتیسمی بالائی مورد نیاز نیست.

### هیپنوتیسم درمانی جدید رویکردی یکپارچه

اکنون الگوهای خلاصه شده قبلی هیپنوتیسم را به صورت یک رویکرد بالینی عملی، یکپارچه خواهیم کرد و تشابهات مهم مفاهیم زیربنائی و تکنیک های درمانی را روشن خواهیم نمود. در سراسر این کتاب، روش های هیپنوتیسم درمانی را از رویکردهای مختلف انتخاب کرده و برای به دست آوردن اثرات درمانی بیشتر، بکار خواهیم برد. ما رویکردی را که به بهترین روش توصیف شده باشد به عنوان «گلچین تکنیکها» قبول می کنیم در گلچین تکنیکها، درمانگر از رویکردهای درمانی مختلف آزادانه استفاده می کند بدون این که ضرورتاً نظریه هایی را که این تکنیکها از آنها مشتق شده اند، بپذیرد.

**همکاری و انگیزش<sup>۱</sup>:** به همان اندازه که الگوهای فکری مختلف به نظر می رسد به همان اندازه در مورد متغیرهای آزمودنی که عملکرد هیپنوتیسمی را تحت تأثیر قرار می دهد، درجه سازگاری مهمی وجود دارد. یکی از مهمترین عوامل مشترک در اغلب الگوهای اصلی هیپنوتیسم، تمایل آزمودنی برای همکاری با هیپنوتیزور می باشد (اسپانوس و باربر<sup>۲</sup> ۱۹۷۴). بررسی نوشتارهای تجربی و نظری که به کشف عوامل مرتبط با عملکرد هیپنوتیسمی پرداخته اند (اسپانوس و باربر ۱۹۷۴، ۱۹۷۶) اهمیت همکاری و انگیزش آزمودنی را تأیید کرده است. اخیراً آرا<sup>۳</sup> (۱۹۸۱، ۱۹۸۲، ۱۹۸۵) نیز

1. Technical eclecticism

2. Cooperation and Motivation

3. Spanos and Barber

اهمیت انگیزش درمانجو را در الگوی «هیپنوتیسم جدید»<sup>۱</sup> خود تأیید نموده است. با این وجود، فرمهایی از هیپنوتیسم بالینی هستند که ممکن است نیاز به همکاری آگاهانه درمانجو نداشته باشد. به عنوان مثال، به نظر می‌رسد تکنیکهای غیرمستقیم اریکسون به همکاری آگاهانه درمانجو بستگی نداشته باشد.

در کار بالینی، برای هیپنوتیزور اهمیت دارد که تکنیکهای هیپنوتیسمی مخصوص درمانجو را تشخیص داده و آنها را طوری انتخاب نماید که بتواند شامل تکنیکهایی باشد که از بیش از یک الگوی مفهومی مشتق شده باشد. هر وقت که امکان داشته باشد سعی می‌کنیم همکاری آگاهانه درمانجو را برشماریم. هر وقت که این همکاری ممکن نباشد، مثلاً به علت اضطراب و یا مقاومت - روشهای غیرمستقیم را بکار می‌گیریم.

تفکر و تصوّر: علاوه بر همکاری آزمودنی، اسپانوس و باربر (۱۹۷۴) ضمن بررسی تشابهات موجود در بین الگوهای فکری هیپنوتیسم به این نتیجه رسیدند که سطح درگیری آزمودنی در افکار و تصویرسازیهای ذهنی مرتبط با تلقین؛ قویاً عملکرد هیپنوتیسمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین ترتیب، هیپنودرمانگر رفتاری - شناختی بین شناختها و یا خود تلقینات و پیامدهای رفتاری و هیجانی یک رابطه علیّ مستقیم، فرض می‌کند. به عنوان مثال، اگر کسی از آزمودنی بخواهد تا مزه‌ای را تجربه کند ممکن است به آزمودنی یاد دهد تا خوردن غذای مورد علاقه‌اش را تصوّر نماید.

اریکسون نیز چگونگی مشمول فرآیندهای شناختی را در هیپنوتیسم شرح داده است. وی مفهوم فرآیندهای فکری پویا<sup>۲</sup> را برای توضیح این موضوع به کاربرد که چطور تصویرسازیهای ذهنی، افکار و عقاید به جانشینهای حسی و ادراکی و واکنشهای هیجانی، رفتار حرکتی، رویاها و غیره (اریکسون و راسی ۱۹۷۹) تبدیل می‌شوند. به عنوان مثال، یک تلقین حسی فکری<sup>۳</sup> به این نحو خواهد بود که «یک نسیم خنک می‌تواند شخص را به احساس آرامش واداشته و در او خارش پوستی را ایجاد نماید». تلقین فکری حرکتی<sup>۴</sup> حرکتی برای شناوری دست در هوا به این شکل می‌باشد که «اغلب مردم

1. New hypnosis model

2. Ideodynamic

3. Ideo sensory

4. Ideomotor

می‌توانند چنین تجربه‌ای را بکنند که مثلاً یک دست آنها نسبت به دست دیگری سبکتر است.»

در حالیکه هیپنودرمانگر رفتاری شناختی به درمانجو یاد می‌دهد تا از رابطه بین افکار و احساسات و چگونگی کنترل آنها با خبر باشد، هیپنودرمانگر اریکسون، بدون این‌که درمانجو از فرآیند باخبر باشد برای تبدیل کردن افکار به احساسات تلقین غیرمستقیم و توانائی طبیعی درمانجو را بکار می‌برد. بجای تلقین مستقیم این‌که درمانجو مزه را تجربه کند آن‌طوری که هیپنودرمانگر رفتاری - شناختی ممکن است انجام دهد، درمانگر اریکسونی، تلقین غیرمستقیم را برای ایجاد یک پدیده حسی فکری بکار می‌برد: «بعضی از مردم غذای خود را چنان خوب تصور می‌کنند که گوئی در واقع می‌توانند آن را مزه کنند» (اریکسون و راسی، ۱۹۷۹، صفحه ۲۳) تلقین چه مستقیم باشد و چه غیرمستقیم، هم تلقینات اریکسونی و هم تلقینات رفتاری - شناختی، درمانجو را به راهبرد<sup>۱</sup> باروری شناختی مجهز می‌نماید. به نظر ما بسیاری از اشکال آسیب‌شناسی روانی حداقل تا حدودی نتیجه خود تلقینات منفی و یا نتیجه خود هیپنوتیسم منفی است. بسیاری از تکنیکهای پیشنهادی این کتاب به منظور یاری کردن درمانجو جهت آگاهی از این شناختهای منفی و تغییر آنها طرح می‌شوند.

**همانندی تکنیکها:** علاوه بر قضایای نظری مشابه، تکنیکهای بالینی دیگری وجود دارند که در بین الگوهای مختلف، مشترک می‌باشند.

تلقینات و تصویرسازی ذهنی برای ایجاد و حفظ حالت هیپنوتیسمی، ابزارهای اساسی بحساب می‌آیند. علاوه بر این، تصویرسازی ذهنی و تلقین اغلب برای تشخیص و درمان مشکلات بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ به عنوان مثال، تصویرسازی ذهنی می‌تواند درمانجو را برای مقابله با موقعیتهای اضطراب‌زا آماده و مجهز سازد. یکی دیگر از تکنیکهای غالب، تن آرامی می‌باشد که بخشی از شیوه‌های تلقینات هیپنوتیسمی به‌شمار می‌آید. یکی از استثنائات در این مورد، «هیپنوتیسم هشیارانه»<sup>۲</sup> است که در درمان افسردگی بکار می‌رود و در فصل سوم این کتاب درباره آن بحث

خواهیم کرد.

دو تکنیک بالینی مشابه؛ همگامی و هدایت اریکسون و روش رفتاری تقریبهای متوالی<sup>۱</sup> است که هر دو برای تقویت درمانجو جهت پیشرفت تدریجی و تسریع بهبودی او به کار می‌روند. با تقریبهای متوالی، درمانگر هرگونه اقدام کوچکی را که درمانجو جهت نیل به هدفی خاص اتخاذ می‌کند تقویت و تشویق می‌کند. به عنوان مثال، اولین هدف برای درمانجویی که از اضطراب عملکرد جنسی رنج می‌برد این خواهد بود که در مقابل نوازش و لمس بدون تهدید، احساس آرامش و راحتی نماید. مرحله بعدی درمان این خواهد بود که تدریجاً درمانجو را به تماسهای جنسی نزدیکتر هدایت کند.

این‌گونه تکنیکهای تدریجی از هیپنودرمانگر می‌خواهد که در عملکرد خود طوری گام بردارد که برای درمانجو، راحت و پذیرفتنی بوده و او را با تلقیناتی که مشکلات غیرقابل حلی را بوجود می‌آورند، غافلگیر نسازد.

نشانه‌های هیپنوتیسم درمانی<sup>۲</sup>: تجربه بالینی ما حاکی از آن است که هیپنوتیسم عموماً برای درمانجویانی که بدان علاقمندی نشان می‌دهند به کار گرفته شود. وقتی درمانگری، درخواست درمانجویی را جهت استفاده از هیپنوتیسم برای درمان، به جای استفاده از سایر روشها، محترم می‌شمارد و در واقع احتمال موفقیت را افزایش می‌دهد. بنابراین برای درمانجویی که مخالف استفاده از هیپنوتیسم برای درمان باشد، استفاده آن را توصیه نمی‌کنیم. استفاده از هیپنوتیسم درمانی برای فرد مردّد، احتمالاً با اعتماد و پیشرفت درمانجو در تعارض خواهد بود. ما همچنین استفاده از هیپنوتیسم را در خصوص افرادی که مبتلا به حالت پارانوایی<sup>۳</sup> شدید هستند محتاط هستیم. حتی اگر بخواهند از هیپنوتیسم استفاده شود، ممکن است در این مورد که افکار آنها توسط درمانگر کنترل می‌شود حالت پارانویا<sup>۴</sup> از خود نشان دهند. برای این که احتمال پیش آمدن چنین حالتی کاهش یابد، توصیه می‌کنیم که خوشتن داری درمانجو در مورد فرایند هیپنوتیسمی مورد تأکید قرار گیرد.

1. Successive approximations

2. Indications for hypnotherapy

3. Paranoid

4. Paranoia

وادن<sup>۱</sup> و آندرتون<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) پژوهش تجربی مربوط به کاربردهای بالینی هیپنوتیسم را بررسی کرده و دریافتند که هیپنوتیسم سنتی برای رفع تنگی نفس و درد بالینی مؤثر می‌باشد. باربر<sup>۳</sup> (۱۹۸۱) در خلاصه‌بندی نوشتارهای مربوط به هیپنوتیسم درمانی، نتیجه گرفت که اقدامات هیپنوتیسم درمانی خصوصاً برای تسکین سردردهای تنشی<sup>۴</sup>، میگرن<sup>۵</sup>، بیخوابی<sup>۱</sup> و فشار خون<sup>۶</sup> مؤثر می‌باشند.

اما برعکس، هیپنوتیسم درمانی سنتی برای درمان «عادات بد» از قبیل فربهی، سیگارکشیدن و مصرف مشروبات الکلی؛ نتایج مایوس‌کننده‌ای را نشان داده است. دریافته‌ایم که هیپنوتیسم می‌تواند برای بسیاری از مشکلات بالینی از قبیل اضطراب، هراس، اختلالات جنسی، افسردگی، درد و حتی اختلالات عادت<sup>۸</sup> مؤثر واقع شود بشرطی که به‌طوری که در این کتاب توضیح داده شده بطور یکپارچه به کار رود.

خلاصه این‌که، هیپنوتیسم درمانی، شمول گسترده‌ای را در مشکلات بالینی نشان می‌دهد. بسیاری از رویکردهای هیپنوتیسم درمانی شکل‌های نسبتاً خلاصه درمان بوده و در جهت تسکین درد بکار می‌روند. به‌نظر ما، اگر علائم و نشانه‌های بهبودی شامل تغییر افکار، احساسات و الگوهای رفتاری باشند که علائم را حفظ می‌کنند نتایج درمان دیرپایی بیشتری خواهند داشت.

1. Wadden

2. Anderton

3. Barber

4. Tension headaches

5. Migraine

6. Insomnia

7. Hypertension

8. Habit disorders

## فصل دوم

### تلقین هیپنوتیسمی

#### خلسه چیست؟

بعضی از نظریه پردازان مدعی هستند که خلسه یکی از جنبه های مهم هیپنوتیسم نیست درحالی که بعضی دیگر از نظریه پردازان معتقدند که خلسه یکی از جنبه های مهم هیپنوتیسم است. حل و فصل این موضوع برای مقصود ما ضروری نیست. یک گروه پژوهشی برجسته (باربر، ۱۹۷۰، باربر، اسپانوس و کیوز، ۱۹۷۴) نشان داده است که شیوه های القاءات هیپنوتیسمی رسمی که دربرگیرنده تلقینات تن آرامی و یا خواب آلودگی باشند همیشه برای تجربه پدیده هایی از قبیل برگشت سنی<sup>۱</sup>، یاد زودگی<sup>۲</sup>، جمود خلسه ای<sup>۳</sup>، بی دردی<sup>۴</sup> و احساس شناوری دست<sup>۵</sup>، توسط آزمودنیها لازم نیستند. با این وجود به نظر می رسد بعضی از مردم بعد از متحمل شدن اولین شیوه های القاء خلسه هیپنوتیسمی که باعث احساس تن آرامی و خواب آلودگی می شود، پاسخدهی بیشتری به تلقینات داشته باشند. علاوه بر این، حتی اگر القاء هیپنوتیسمی رسمی برای به وجود آوردن بعضی از پدیده ها در تحقیقات آزمایشی هیپنوتیسم،

---

1. Age regression

2. Amnesia

3. Catalepsy

4. Analgesia

5. Hand levitation

ضروری نباشد ولی خلسه هنوز هم بخشی از هیپنوتیسم درمانی است که درمانجویان انتظار دارند در درمان از آن استفاده شود. تئودور ایکس باربر<sup>۱</sup> که یکی از نظریه پردازان برجسته غیرخلسه‌ای است، اهمیت انتظارات درمانجویان را به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده پاسخ درمانجو به تلقینات، مورد تأکید قرار می دهد. احتمالاً به این دلیل است که باربر در کار بالینی هیپنوتیسم، شیوه های القاء هیپنوتیسم را بکار میبرد. (باربر ۱۹۸۴). تفاوت های فردی زیادی در بین افراد از لحاظ تجربه هیپنوتیسم وجود دارد. بعضیها احساس خواب آلودگی می کنند در حالی که بعضی دیگر احساس هشیاری و افراد زیادی می گویند که فقط احساس تن آرامی می کنند. به نظر می رسد آنچه که شخص در طول هیپنوتیسم تجربه می کند بستگی دارد به نحوه اداء تلقینات و نیز بستگی دارد به آنچه که شخص انتظار احساس آن را در طول هیپنوتیسم دارد. اگر می خواهید درمانجو در طول هیپنوتیسم احساس تن آرامی کند بنابراین به عنوان بخشی از القاء، تن آرامی را به او تلقین کنید و اگر می خواهید درمانجو احساس خواب آلودگی نماید، به او تلقین خواب بکنید. اما اگر می خواهید درمانجو، حالت انرژی زائی بیشتر را تجربه کند، به پدیده ای بنام هیپنوتیسم هشیاری<sup>۲</sup> علاقمند خواهید شد. ورزشکاران و ورزش دوستان برای به دست آوردن قدرت و تحمل از هیپنوتیسم هشیاری استفاده می کنند. این روش می تواند برای مرتفع ساختن افسردگی هم به کار رود. نحوه تلقین و استفاده از هیپنوتیسم هشیاری در درمان افسردگی در فصل سوم این کتاب بطور کامل ملاحظه می شود.

## مراحل هیپنوتیسم درمانی

درمان هیپنوتیسمی به پنج مرحله تقسیم می شود که عبارتند از: الف) آماده سازی درمانجو برای هیپنوتیسم ب) القاء هیپنوتیسمی ج) تکنیک های عمیق سازی د) استفاده از هیپنوتیسم برای مقاصد درمانی و ه) پایان دادن به هیپنوتیسم. اکنون به توضیح آن که در هر مرحله رخ می دهد خواهیم پرداخت.

1. Theodore x.Barber

2. Alert hypnosis



## آماده‌سازی درمانجو برای هیپنوتیسم

آماده‌سازی درمانجو برای هیپنوتیسم، مستلزم ایجاد تفاهم و ارتباط، سنجش مشکلات درمانجو، برداشت‌های نادرست موجود در زمینه هیپنوتیسم است و بستگی به رویکرد خاصی دارد که توسط هیپنودرمانگر یا برای آزمایش استعداد هیپنوتیسمی و یا آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی اتخاذ می‌گردد. نکات اول و سوم و چهارم در این فصل و سنجش بالینی در فصول مربوط به مشکلات خاص، بحث خواهد شد.

## تفاهم و ارتباط<sup>۱</sup>

اولویت در هیپنوتیسم ایجاد تفاهم و ارتباط با درمانجو برای بالا بردن همکاری و انگیزش است. در هیپنوتیسم درمانی جدید، ارتباط درمانی دربرگیرنده همکاری بین درمانگر و درمانجوست. آرا<sup>۲</sup> (۸۵ - ۱۹۸۲) در هیپنوتیسم درمانی، رویکردی بنام رویکرد «تی ئی ای ام»<sup>۳</sup> را توصیف کرده است که توسعه اعتماد<sup>۴</sup>، انتظارات<sup>۵</sup> و نگرشهای مثبت درخصوص هیپنوتیسم و استفاده از انگیزش<sup>۶</sup> درمانجو را مورد تأکید قرار می‌دهد. ارتباط و تفاهم بین درمانگر و درمانجو می‌تواند بعنوان توسعه رویکرد فوق‌الذکر (تی ئی ای ام) تعریف گردد.

بعضی از درمانجویان با انگیزه بسیار زیاد و با انتظارات و نگرشهای مثبت برای درمان مراجعه می‌کنند که در خصوص این دسته از درمانجویان، برقراری ارتباط عموماً آسان است. ولی بسیاری از درمانجویان با ترس و نگرشهای منفی و توأم با برداشتهایی نادرست در زمینه هیپنوتیسم برای معالجه روی می‌آورند و اغلب در مورد درمان و احتمال رخ دادن تغییر، احساس دوگانه‌ایی دارند که درمانگر برای ایجاد ارتباط با این‌گونه درمانجویان نیاز به دقت خاصی دارد.

ایجاد ارتباط با درمانجو به طرق مختلف می‌تواند صورت گیرد که به درمانجو

1. Rapport

2. Team

3. Trust

4. Expectations

5. attitudes

6. Motivation

بستگی دارد. در مورد بعضی از درمانجویان، ارتباط زمانی بطور مؤثر ایجاد می شود که درمانگر، صمیمیت و دقت و همدردی از خود نشان دهد. بعضی دیگر از درمانجویان احتمالاً بجای توانائی درمانگر در ابراز علاقه و درک درمانجو بیشتر براساس پرستیژ، تخصص و قدرت درمانگر به او اعتماد می کنند. تعیین این که کدام یک از اینها برای درمانجوی موردنظر، مهم بوده و می تواند بطور مؤثر در مورد او به کار رود بستگی دارد به این که درمانگر از توانائی بالایی برای گوش دادن و مشاهده کردن بهره داشته باشد. ارتباط، اغلب توسط همگامی<sup>۱</sup> و پیوستن به درمانجو، بهتر ایجاد می شود.

پیوستن<sup>۲</sup> به درمانجو، زمانی به وقوع می پیوندد که هیپنوتیزور در سبک گفتار خود، انعطاف پذیر بوده «و به زبان خود درمانجو» سخن بگوید یعنی اگر درمانجو تشریفات عمل کند او نیز متقابلاً چنین رفتار کند و اگر درمانجو تشریفات تر برخورد نماید درمانگر نیز خود را چهره ای با نفوذ نشان داده و تشریفات برخورد کند. «پیوستن» همچنین زمانی به تحقق می پیوندد که خود درمانگر نسبت به همکاری با درمانجو تمایل نشان دهد. «همگامی» نیز زمانی صورت می گیرد که سخنان درمانگر با رفتار و تجربه درمانجو مطابقت داشته باشد. همگامی از طریق ارائه تلقینات بازپاسخی (بعداً بحث خواهد شد) که مستلزم تعمیم و ابهام است هم صورت می گیرد و برای درمانجو، چندین طریق پاسخدهی را فراهم می آورد.

این موضوع، این احتمال را افزایش می دهد که تلقینات درمانگر با تجربه درونی درمانجو سازگاری داشته باشد.

یکی دیگر از روشهای ایجاد ارتباط بین درمانگر و درمانجو که به مفاهیم همگامی و پیوستن مربوط می شود این است که درمانگر، درمان را مطابق انتظارات درمانجو تنظیم نماید. زمانی درمان مؤثر خواهد بود که درمانگر، روشهای درمانی خود را با درخواستها و انتظارات درمانجو منطبق سازد. لازاروس<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) در مطالعه ای مطلب فوق را روشن می سازد. درمانجویانی که خواستار استفاده از هیپنوتیسم در درمان بودند

1. Pacing

2. Joining

3. Lazarus

مكلف به درمانی شدند که یا تن آرامی و یا هیپنوتیسم نام داشت. گرچه شیوه درمان در واقع برای هر دو گروه یکسان بود ولی با این وجود، درمانجویانی که بنابه درخواست خودشان هیپنوتیسم شده بودند بهبودی بیشتری را نسبت به گروهی که تن آرامی را درخواست کرده بودند از خود نشان دادند. براساس این یافته‌ها و نیز براساس تجارب بالینی، توصیه می‌کنیم که هر وقت ممکن باشد به درخواست‌های درمانجو احترام بگذارید و به آنها اهمیت دهید. دریابید که آنها چه انتظاری از هیپنوتیسم دارند و چه شیوه‌هایی می‌توانند مؤثر و کارساز باشند. درحد معقول، تلقینات خودتان را و روشهای لقائی و توضیحات مشکلات آنان را با انتظارات و تعبیرهای خود آنها مطابقت دهید.

ولی در این‌که درمانگر تا چه اندازه‌ای می‌تواند در استفاده از انتظارات درمانجو پیش برود محدودیتهایی وجود دارد. اگر انتظارات درمانجو نامعقول و واقع‌بینانه نباشد مثلاً از هیپنوتیسم، انتظار درمان فوری، سحرآمیز و آسان برای مسائل مشکلی مثل فریبی داشته باشد بنابراین بهتر خواهد بود که چنین بدفهمی‌هایی تصحیح گردند. بعضی وقتها، درمانگر حالتی را می‌تواند اتخاذ کند که تا حدی بین انتظارات درمانجو و درمانگر باشد. به عنوان مثال، به درمانجویی که درصدد یافتن نتایج آنی برای مشکل افزایش وزن است می‌توان گفت:

بله، هیپنوتیسم می‌تواند نتایج آنی داشته باشد و اغلب بیشتر از شیوه‌های دیگر درمانی، نتایج فوری دربر دارد ولی با وجود این جادو نمی‌کند. به تلاش شما نیاز دارد بنابراین چیزهایی هستند که از شما می‌خواهم تا آنها را انجام دهید. مثل تمرین هیپنوتیسم و مجبوریم به صورت گروهی کار کنیم.

بنابراین در می‌یابیم که پیوستن به درمانجو همان طوری که در این مثال توضیح داده شده در واداشتن درمانجو به همکاری، کارائی بیشتری دارد تا در طبقه‌بندی کردن صرف انتظارات و سوء برداشتهای آنها دارد. مفهوم «هدایت و همگامی» در اینجا مصداق پیدا می‌کند. ابتداء درمانگر نکات مورد توافق را پیدا می‌کند مثلاً می‌گوید که: «بله «هیپنوتیسم می‌تواند نتایج آنی داشته باشد» ولی بعد می‌گوید که با وجود این «هیپنوتیسم جادو نمی‌کند و از ناحیه شما به تلاش نیاز دارد».

در مورد این‌که آیا وجود ارتباط و تفاهم بین درمانگر و درمانجو برای تجربه

هیپنوتیسم ضرورت دارد یا نه، هنوز جای بحث باقی است (کلارک<sup>۱</sup> و جکسون<sup>۲</sup> ۱۹۸۳؛ یانگ<sup>۳</sup> ۱۹۲۷). شخص ممکن است فکر کند که اگر فردی بتواند خود هیپنوتیسم را از طریق خواندن کتاب یاد بگیرد در این صورت نیاز به ارتباط با هیپنوتیزور نخواهد داشت. اگر ارتباط و تفاهم بین درمانگر و درمانجو و ایجاد نگرش مثبت و اعتماد به هیپنوتیسم تعریف کرده و آن را انگیزه‌ای در جهت نیل به اهداف درمان بدانیم بنابراین باید گفت که نویسندگان هم یقیناً توانائی ایجاد چنین احساساتی را در مورد هیپنوتیسم در خوانندگان خواهند داشت. ارتباط هم چنین زمانی که فرد بخواهد هیپنوتیسم را از طریق نوار ضبط صوت یاد بگیرد و یا در تحقیقات آزمایشی مربوط به هیپنوتیسم شرکت کند ممکن است لازم باشد. در این گونه موقعیتها، تلقین پرستیژ می‌تواند عملی شود. افراد زیادی بدون اندیشه به هر چیزی که منتشر می‌شود و یا از طرف دانشگاهی مورد حمایت قرار می‌گیرد، اعتماد می‌کنند.

از طرف دیگر وقتی نمونه‌هایی از افرادی مثل اریکسون را که پدیده خود هیپنوتیسم را بدون کمک هیپنوتیزور و یا کتاب راهنمای خود هیپنوتیسم کشف کرد در نظر می‌گیریم. ضرورت وجود ارتباط در خود هیپنوتیسم جای بحث و منازعه پیدا می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که در خود هیپنوتیسم، فرایند ارتباط با خود فرد برقرار می‌شود (سالتر ۱۹۴۱). احتمالاً از طریق فرایند آزمایش و خطا معلوم می‌شود که بعضی از افراد تجارب خود انگیزه‌ای دارند که باعث ترفیع انتظارات مثبت شده و باعث می‌شود که افراد به تواناییها و مهارتهای تصویری، شناختی خودشان اعتماد کنند. به نظر می‌رسد تجارب اولیه اریکسون در زمینه خود هیپنوتیسم انتظارات مثبتی را به او بخشیده و او را در غلبه کردن بر معلولیت بدنی خود مطمئن ساخته و در ادامه تلاش به او انگیزه داده است.

عملاً مفهوم ارتباط از لحاظ بالینی بسیار پر معنی به نظر می‌رسد گرچه ممکن است توافق برای تجربه کردن هیپنوتیسم برای فردی لازم نباشد ولی احتمالاً همین ارتباط

1. Clarke

2. Jackson

3. Young

است که کارآئی درمان را سهولت می بخشد.

برای بعضی از درمانجویان، ارتباط، قطعی و ضروری بنظر می رسد بسیاری از آنها گزارش می کنند که نمی توانند با درمانگر قبلی خود همکاری کنند چرا که اعتمادی به او ندارند و یا توسط او درک نمی شوند و یا این که احساس می کنند در حال و هوایی هستند که درمانگران قبلی شان از آن آگاهی نداشته اند. احتمالاً یکی از دلایل این که چرا روشهای اریکسون در مورد درمانجویان مقاوم و سرسخت، موفقیت آمیز بوده، این است که بسیاری از تکنیکهای اریکسون، راهبردهائی برای ایجاد ارتباط و تفاهم هستند. خصوصاً آنچه که بیشتر ارزش توجه دارد تکنیکهای بیشمار اریکسون برای پیوستن به درمانجو و استفاده از چارچوب های داوری اوست که بعداً بحث خواهد شد.

### روشنگری در زمینه بدفهمی ها

بدفهمی های رایجی در مورد هیپنوتیسم وجود دارد. بعد از این که ارتباط حاصل می شود درمانگر اطلاعات زیر را برای آموزش و مطمئن ساختن درمانجو در مورد این بدفهمی ها استفاده می کند:

اسطوره اول: هیپنوتیسم یک جور خواب است: زمانی، هیپنوتیسم حالتی شبیه خواب تصور می شد. در حقیقت، واژه هیپنوتیسم از ریشه یونانی هیپنوتیکس<sup>۱</sup> به معنی خواب کردن گرفته شده است. اغلب هیپنوتیزورها، تلقین خواب را به عنوان بخشی از شیوه القاء هیپنوتیسمی به کار می برند. پیوندی که بین مفهوم خواب و هیپنوتیسم تدریجاً به وجود آمده، مایه تأسف است. مردم اغلب چنین انتظار دارند و یا چنین ترسی را دارند که در حین هیپنوتیسم از خود بی خود خواهند شد در صورتی که هیپنوتیسم، خواب نیست بلکه بیشتر شبیه حالتی است که در آن توجه بسیار زیادی به یک چیز بدون توجه به چیزهای دیگر می شود. تلقین هیپنوتیسمی می تواند برای ایجاد هشیاری، تمرکز و نیز تن آرامی و خواب آلودگی بکار برده شود. حتی زمانی که شخص توسط تلقین خواب به حالت خلسه می رود در این وضعیت نیز حالتی شبیه خواب را تجربه نمی کند. آزمایشاتی

که در آنها پاسخهای فیزیولوژیکی سنجیده می‌شوند نشان می‌دهند آزمودنیهایی<sup>۱</sup> که تجربه خلسه را گزارش می‌کنند معمولاً نشانه‌ها و علائم بیداری تن آرام یافته را از خود نشان داده و نشانه‌های حال خواب را نشان نمی‌دهند. (رک: ویتز نهفر<sup>۲</sup> ۱۹۶۳) برای این‌که از تقویت این بدفهمی که هیپنوتیسم یک جور خواب است، جلوگیری کنیم توصیه می‌شود در طول تلقین هیپنوتیسمی بجای خواب آلودی، تن آرامی تلقین شود.

اسطوره دوم: شخص ممکن است از هیپنوتیسم بیدار نشود: از آنجایی که هیپنوتیسم نوعی خواب نیست بنابراین شخص مجبور نیست در مورد بیدار شدن نگران باشد. معمولاً هیپنوتیسم دربرگیرنده یک جور احساس خواب آلودگی و یا تن آرامی است، گرچه با توجه به نوع تلقیناتی که داده می‌شود می‌تواند حالتی که توأم با بیداری و هشیاری باشد ایجاد گردد. برای پایان دادن به تجربه هیپنوتیسمی نهایت کاری که لازم است این است که به فرد مورد نظر تلقین هشیاری و دستور بازکردن چشمانش را بدهیم. شخص می‌تواند برحسب اتفاق در طول هیپنوتیسم به خواب طبیعی رود که در آن بخودی خود بیدار گردد. به خواب رفتن معمولی زمانی صورت می‌گیرد که شخص خیلی خسته یا خیلی ملول باشد. به خواب رفتن در طول هیپنوتیسم اهمیت بیشتری از به خواب رفتن در حین تماشای تلویزیون ندارد.

اسطوره سوم: هیپنوتیسم می‌تواند برای وادار کردن افراد به انجام اعمال ضداجتماعی بکار برده شود. مطالعات پژوهشی به‌طور ضمنی نشان داده است که هیپنوتیسم می‌تواند در واداشتن افراد به اعمال و رفتار خطرناک و ضداجتماعی نقش داشته باشد ولی در آزمایشاتی که در آنها گروههای گواه<sup>۳</sup> مناسب به کار گرفته شدند، معلوم شد که بسیاری از آزمودنیهای هیپنوتیسم نشده مثل آزمودنیهای هیپنوتیسم شده، نسبت به دستورالعملهایی که آنها را وادار به انجام اعمالی می‌کرد که ظاهراً برای خود فرد و یا دیگران مضر بودند، فرمانبرداری نشان دادند. ارن و اوانس<sup>۴</sup> (۱۹۶۵)، فرمانبرداری آزمودنیهای هیپنوتیسم شده و هیپنوتیسم نشده را چنین شرح داده‌اند که

1. Subjects

2. Weitzenhoffer

3. Control groups

4. Orne &amp; Evans

چون آزمودنیهای مورد نظر چنین فرض می‌کنند که احتیاطهای مناسب در مطالعات علمی در جهت تضمین عدم آسیب‌رسانی به فرد اتخاذ می‌گردد بنابراین از دستورالعملها پیروی می‌کنند. اُرن و اوانس توسط بررسی‌های بعد از آزمایش، کشف کردند که اغلب آزمودنیها در حقیقت عقیده دارند که موقعیت برای آنها خطرناک نیست. بنابراین، انجام مطالعه مشخصی که بتواند توانائی هیپنوتیسم را در وادار کردن افراد به رفتار ضد اجتماعی که بدون هیپنوتیسم انجام نمی‌دهند، ردّ و یا ثابت کند احتمالاً غیر ممکن است. برای مرور و بحث ادبیات پژوهشی در زمینه استفاده ضد اجتماعی هیپنوتیسم به گلدن<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) نگاه کنید.

عملی نخواهد بود که همه جزئیات نوشتارهای فوق را با درمانجویاتان در میان بگذارید. بسیاری از هیپنودرمانگران صرفاً به درمانجویانشان می‌گویند که هیپنوتیسم نمی‌تواند برای وادار کردن آنها به انجام دادن کاری که خلاف میلشان است، به کار برده شود. این توضیح گرچه ساده و مختصر است، اما در زمینه مطمئن ساختن درمانجو مفید است.

یکی از نگرانیهای درمانجو در مورد هیپنوتیسم این است که هیپنوتیسم بالینی ممکن است شخص را در مقابل نفوذ هیپنوتیزور غیر اخلاقی افزایش دهد. واتکینس<sup>۲</sup> (۱۹۵۱) گزارش کرده است که بعضی از آزمودنیها نمی‌توانند با تلقین هیپنوتیسمی مقاومت کنند خصوصاً اگر قبلاً هم هیپنوتیسم شده باشند. لُز طرف دیگر، یانگ<sup>۳</sup> (۱۹۲۷) دریافت که آموزش خود هیپنوتیسم توانائی آزمودنی را در مقاومت کردن در برابر تلقین پذیری تقویت می‌کند. هم چنین آراُز (۱۹۸۱، ۱۹۸۲، ۱۹۸۵) بحث و بررسی کرد که چگونه آموزش خود هیپنوتیسم می‌تواند در غلبه کردن به خود هیپنوتیسم منفی شخص - یعنی پذیرش غیر انتقادی خود تلقینات منفی - بکار برده شود. در سراسر فصول این کتاب، نمونه‌هایی را در مورد این که چگونه درمانجو می‌تواند تلقینات منفی‌اش را مشخص کرده و تلقینات مثبت را جایگزین آنها کند، نشان خواهیم داد. مدعی هستیم که

1. Golden

2. Watkins

3. Young

رویکردهای خویشتن‌داری در هیپنوتیسم - آن‌گونه که در این کتاب توضیح داده شده - قطع نظر از این‌که تلقینات به‌صورت هیپنوتیسم باشند و یا بصورت غیر هیپنوتیسم و یا این‌که تلقیناتی از ناحیه دیگران باشند و یا از ناحیه خود شخص، می‌توانند به درمانجو کمک کنند که در برابر تلقینات منفی مقاومت نمایند.

اسطوره چهارم: هیپنوتیسم، ذهن را کند و ضعیف می‌کند. درست عکس قضیه صادق است. همانطوری که در بالا اشاره کردیم، آموزش خود هیپنوتیسم می‌تواند به شخص کمک کند تا خویش‌تنداری زیادی را به‌دست آورده و در برابر اثرات تلقینات منفی مقاومت خود را افزایش دهد. علاوه بر این، شیوه‌های هیپنوتیسمی می‌توانند برای غلبه به افسردگی و ترک عادات بد و غلبه به ترس و هراس و برطرف کردن هیجانات و رفتارهای ناسازگارانه بکار گرفته شوند.

اسطوره پنجم: تنها افراد ساده‌لوح به هیپنوتیسم پاسخ می‌دهند. این عقیده هم درست نیست چرا که پژوهشها، نتوانسته است رابطه‌ای را بین پذیرندگی<sup>۱</sup> شیوه‌هایی هیپنوتیسمی و خصیصه‌های منفی شخصیتی از قبیل ساده‌لوحی و وابستگی و سلطه‌پذیری پیدا کند (به هیلگارد، ۱۹۶۸ نگاه کنید). تنها توانائی که به پاسخدهی هیپنوتیسمی مربوط می‌شود توانائی غرق شدن در فعالیت‌هایی از قبیل تماشای فیلم، خواندن رمان و پرداختن به نقش‌گزاری که مستلزم کارهای تخیلی است (اسپانوس و باربر، ۱۹۷۴).

اسطوره ششم: «تنها اشخاص کم‌هوش پاسخدهی به هیپنوتیسم دارند.» پژوهش، عکس قضیه را تأیید می‌کند. همبستگی تقریباً مثبتی بین نمرات عالی آزمونهای هوشی و تأثیرپذیری از هیپنوتیسم وجود دارد (به ویتزنهفر ۱۹۶۳ نگاه کنید). این‌که چرا افرادی که عقب‌ماندگی ذهنی شدیدی دارند در برابر تلقینات هیپنوتیسمی پاسخدهی زیادی ندارند بدین خاطر است که هیپنوتیسم نیازمند توانائی تمرکز کردن است.

اسطوره هفتم: «تنها افرادی که آشفتگی هیجانی دارند به هیپنوتیسم پاسخ می‌دهند.» این عقیده هم غلط است. تقریباً هر کسی می‌تواند تکنیکهای هیپنوتیسم را یاد



گرفته و از آنها استفاده کند ولی افرادی که اختلال خیلی زیادی از قبیل حالات روان‌پریشی<sup>۱</sup> دارند معمولاً برای استفاده از شیوه‌های هیپنوتیسم بسیار آشفته و حواس‌پرت هستند.

### آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی

بسیاری از هیپنوتیزورها درمانجویان خود را مورد آزمایش قرار می‌دهند تا ببینند آیا آنها برای هیپنوتیسم درمانی، داوطلبان خوبی هستند یا نه. معمولاً این‌گونه درمانگران چنین فرض می‌کنند که استعداد هیپنوتیسم شدن خصیصه ثابتی است که نمی‌تواند تغییر داده شود. بنابراین می‌بینیم که اعتبار آزمایش آمادگی در مطالعات علمی هیپنوتیسم و در رجحان خود ما به عنوان متخصصین بالینی این است که به درمانجویان چگونگی پاسخدهی به تلقینات هیپنوتیسمی را یاد بدهیم که این عمل؛ عکس آزمایش درمانجو برای آمادگی هیپنوتیسمی است. همان‌طوری که در فصل اول ذکر شد، آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی در افزایش توانایی درمانجو، در پاسخدهی به تلقینات هیپنوتیسمی مؤثر بوده است.

تقریباً کلیه آزمونه‌های سنتی مربوط به آمادگی هیپنوتیسمی می‌توانند برای آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی تغییر داده شوند. ولی به‌جای این که به عنوان آزمون ارائه شوند به عنوان تمریناتی که درمانجو را در گسترش و پیشرفت مهارت‌های هیپنوتیسمی کمک می‌کنند، به کار می‌روند. خوشتنداری<sup>۲</sup> مورد تأکید قرار می‌گیرد و درمانجویان تجاربی شبیه به تجارب خود هیپنوتیسم قبل از تجربه دیگر هیپنوتیسم به دست می‌آورند. تحت این شرایط بیشتر احتمال دارد درمانجویان در مورد هیپنوتیسم انتظارات واقع‌بینانه‌تری پیدا کنند تا انتظاراتی سحرآمیز آنها می‌بینند که هیپنوتیسم نیاز به همکاری و مشارکت آنها دارد و این عمل تحت کنترل خود آنهاست. در نتیجه آموزش مهارت‌های درمانجویان احتمال دارد که مکان کنترل درونی<sup>۳</sup> و موفقیت را بیشتر از هیپنوتیزور و یا «قدرت

1. Psychotic states

2. Self - Control

3. Internal locus of control

هیپنوتیسم» به خودشان نسبت دهند.

پژوهش (به عنوان مثال، به داوینسون، گلاروس و تیسیموتو ۱۹۷۳ نگاه کنید) معلوم ساخته است که تغییر اسنادهای درونی احتمالاً بیشتر از اسنادهای بیرونی منجر به نتایج درمانی پایدار می شود.

بنابه تجربه بالینی ما، آموزش مهارتها در ایجاد ارتباط درمانی بیشتر از روش سنتی آزمایش آمادگی هیپنوتیسمی، مؤثر است. زمانی که آزمون صورت می گیرد، درمانجویان ممکن است احساس فشار و یا چالش نموده و یا اگر به طور ضعیف به آزمون پاسخ دهند ممکن است احساس شکست نمایند. هیپنوتیزوری که آزمون آمادگی را به کار می برد ممکن است فرد را به عنوان آزمودنی ضعیف طبقه بندی کرده و بنابراین برای هیپنوتیسم درمانی مناسب نداند. دریافته ایم که تقریباً همه افراد می توانند به کمک آموزش مهارتها به رغم این که نتوانند کلیه پدیده هیپنوتیسمی را تجربه نمایند آزمودنی های مناسبی باشند. بنابراین، با گروه گسترده تری از افراد موفقیت بیشتری را نسبت به آنهایی که قبلاً تنها توسط آزمونهای آمادگی پیش بینی شده بودند، به دست آورده ایم.

### نسخه ای برای آموزش مهارتهای هیپنوتیسمی

نسخه زیر یکی از نسخه هایی است که در مورد شیوه آموزش و مهارتهای هیپنوتیسمی توسط یکی از نویسندگان بکار رفته است (گلدن، ۱۹۸۲).

برای این که چگونگی پاسخدهی به تلقیناتی را یاد بگیرید که دربرگیرنده تغییراتی در احساسات و رفتار شماست، اهمیت دارد که ابتدا چگونگی پاسخدهی به تلقینات ساده را یاد بگیرید. بنابراین، به یکسری تمریناتی خواهیم پرداخت که برای کمک کردن به شما جهت پاسخدهی به تلقینات ساده طرح شده اند.

هیپنوتیسم صرفاً مهارتی اکتسابی است و رمز و رازی نیست که در وجود شخص باشد از این روی هرکسی می تواند آن را یاد گرفته و با انجام تمرینات بیشتر، مهارت بیشتری در آن کسب کند.

این مهارت در توانائی فکر و تصور کردن مطابق با یک تلقین، نهفته است. هیپنوتیسم مستلزم تمرکز افکار و تصویرسازیهای ذهنی است که در راستای اهداف

تلقین باشند. به عنوان مثال، اگر هدفتان، تن آرامی<sup>۱</sup> است بنابراین خیالپردازی صحنه فرح بخشی چون ساحل و یا کوه می تواند در ایجاد تن آرامی به شما کمک کند. هم چنین می توانید توسط افکار و یا به اصطلاح توسط خود تلقینات، تن آرامی ایجاد کنید. در مورد تن آرامی، می توانید به خودتان تلقین کنید «کل بدنم شروع به تن آرامی می کند، دستها و پاهایم دارند آرام می شوند... بیشتر و بیشتر تن آرامی در بدنم پخش می شود». با استفاده از کنترل درد به عنوان مثالی دیگر، اگر می خواهید بی حسی ایجاد کنید باید افکار و خیالپردازیهای را که تولید کرختی و بی حسی می کنند، به کار ببرید.

می توانید تصور کنید که ماده نووکائین<sup>۲</sup> به شما داده می شود و به خودتان می توانستید تلقین کنید که مثلاً دستتان دارد بی حس می شود و دارید تدریجاً احساس بی حسی می کنید. می توانید این گونه تخیل را ادامه داده و تلقینات مورد نظر را تا حصول اثر مطلوب تکرار کنید.

نه تنها تمرکز افکار و خیالپردازیهای که نتایج مطلوب را ایجاد می کنند. اهمیت دارد بلکه مسدود کردن راه افکار و خیالپردازیهای منفی که با توانائی تان در پاسخدهی به تلقین تعارض دارند نیز اهمیت دارد. اگر کسی که قصد دارد احساس کرختی ایجاد کند روی افکاری که با این حالت ناسازگاری دارد تمرکز کند مثلاً اگر توجه اش را مبدول درد نموده و فکر بکند که این کار عملی نخواهد بود و نووکائین واقعاً به او تزریق نشده چنین شخصی هرگز نتایج مطلوبی به دست نخواهد آورد. تکنیکهایی وجود دارند که توسط آنها می توانید افکار منفی را از ذهن خود بیرون کنید.

متمرکز ساختن<sup>۳</sup>: معطوف داشتن توجه و تمرکز روی افکار و خیالپردازیهای که با اهدافتان سازگاری دارند معمولاً برای به دست آوردن پاسخدهی موفقیت آمیز به تلقین، کافی خواهد بود. این روش به شما اجازه می دهد تا به افکار منفی توجه نکنید، افکاری که در غیر این صورت با تمرکز حواس تان در تعارض خواهد بود.

توقف فکر<sup>۴</sup>: برای متوقف کردن فکر، چندین تکنیک وجود دارد. اول این که هر

1. Relaxation

2. Novocain

3. Focusing

4. Thought stopping

وقت افکار منفی به ذهن هشیار شما رخنه کند به کلمه «ایست»<sup>۱</sup> فکر بکنید، دوم این که بعد از فکر کردن به کلمه ایست، حواس خود را روی افکار و تخیلاتی که مربوط به اهدافتان هستند، متمرکز سازید. هر وقت که یک فکر منفی به ذهن شما رخنه کرد این روش را تکرار کنید. بعضی از مردم توقف افکار را زمانی مؤثرتر می دانند که حین فکرکردن به «استاپ» تابلوی ایست راهنمایی را در ذهن مجسم می کنند.

**طرد افکار و خیالپردازیهای منفی:** بعضی از مردم توانائی طرد افکار منفی را داشته و نیازی به استفاده از توقف افکار ندارند. طرد افکار منفی اشاره دارد به این که فرد می گذارد افکار به جای ماندن و اثر گذاشتن بر ذهن، صرفاً از آن عبور کند. بعضی وقتها، همه ما افکار منفی و نامأنوسی داریم. و اگر حضور این افکار و تخیلات به ما هشدار ندهند و لذا توجه ای به آنها نکنیم در نهایت جریان هشیاری<sup>۲</sup> ما به افکار دیگری سرایت خواهند کرد. بنابراین اگر افکار منفی به ذهن رخنه کنند، بگذارید تبدیل به افکار و تخیلاتی شوند که نتایج مطلوبی ایجاد می کنند. حالا آماده اید تا این راهبردها را به چند طریق بکار برده تا بتوانید کشف کنید کدامیک از این تکنیکها مؤثر واقع می شوند. مجبور نیستید به منظور آزمودنی خوبی بودن به کلیه تلقینات این تمرینات پاسخ دهید. مادامی که بتوانید به نحوی به بعضی از این تلقینات پاسخ دهید توانائی تجربه هیپنوتیسم را خواهید داشت.

تمرین اول) سنگینی دست<sup>۳</sup>: هدف از تمرین سنگینی دست، ایجاد احساس سنگینی در سراسر دست است. قبل از شروع کردن، به چیزی فکر کنید که خیلی سنگین بوده طوری که مجبور می شوید دستتان را پایین بیاورید. از تجارب مربوط به زندگی تان استفاده کنید. بعضی از تجاربی که دیگران در این زمینه مفید دانسته اند عبارتند از: الف) نگره داشتن زنبیل پر از خواربار و یا کیف پر از کتاب ب) بلندکردن میله سنگین ج) سعی در بلندکردن یکی از لوازم خانه د) نگره داشتن کتاب سنگین مثل فرهنگ لغت در کف دست. در واقع می خواهید نگره داشتن چیز سنگینی را تصور کنید که اگر واقعاً هم آن را

1. Stop

2. Stream of consciousness

3. Hand - heaviness

نگه می داشتید باعث خستگی دست تان می شد و باعث می شد که آن را پایین بیاورید. وقتی که خیالپردازی تان را برای ایجاد سنگینی دست، انتخاب کردید روی صندلی تان نشسته و چشما تان را ببندید. اغلب مردم با چشمهای بسته خود بهتر می توانند به خیال بروند. هر دو دست را در جلوی خود نگه داشته و کف دستان را بالا نگه دارید. دستهای خود را مستقیم و موازی هم نگه دارید. تصور کنید که دارید چیز سنگینی را با دست مسلط خود نگه می دارید.

هرآنچه را که برای احساس سنگینی برای خود انتخاب می کنید. تا جایی که ممکن است از تمامی حواس تان استفاده کنید. به رنگ، اندازه و شکل آن و به خود آن دقیقاً خیره شوید و آن را حس کنید. احساس سنگینی ای را که در واقع موقع نگه داری و یا بلند کردن شیء تجربه کرده اید در ذهن خود به یاد آورید.

علاوه بر استفاده از تصویرسازی ذهنی به خودتان تلقیناتی از قبیل «دستم دارد سنگین می شود» «عضلاتم دارند خسته می شوند» «در عضلاتم احساس فشار می کنم. این چنان سنگین است که نمی توانم دستم را بالا نگه دارم» «احساس می کنم سنگینی این چیز، دستم را پائین می آورد»، بدهید. سنگینی و پائین آمدن دستتان را به خودتان به زبان خودتان تلقین کنید. اهمیت دارد تا توسط تخیل یک خیالپردازی مناسب و توسط اندیشیدن به افکار مناسب تلقینات را پیش ببرید. افکاری که با تلقینات سازگاری ندارند از ذهن خود خارج سازید. برای بیرون راندن افکار منفی و مخالف از تکنیک طرد افکار منفی و یا تمرکز استفاده کنید. تصور کنید که دستتان چنان دارد خسته می شود که شروع به افتادن می کند بطوری که دیگر نمی توانید آن را بالا نگه دارید و به همین خاطر پائین می آورید.

تمرین دوم) شناوری دست<sup>۱</sup>: این تمرین کمی مشکلتر از تمرین قبلی بوده و به همین خاطر به تمرکز بیشتری نیاز دارد. به چیزی فکر کنید که در ایجاد سبک شدن در یک دست به شما کمک کرده و با این احساس سازگاری داشته باشد. بعضی از تصاویر ذهنی معمول در این زمینه عبارتند از: الف) بالون هلیوم بزرگ زیر کف دست ب) چند

بالون هلیوم که به اطراف میج دستتان بسته شده ج) تصور این که، دستتان بالونی است که دارد از گاز هلیوم پُر می شود د) تصور این که دستتان مثل قطعه فلزی است که دارد توسط نیروی مغناطیسی سرتان که یک الکترومغناطیس بزرگی است، به سمت بالا کشیده می شود. ه) تصور این که، دستتان دارد توسط یکسری طناب و قرقره که توسط خود و یا شخص دیگری بکار می افتد، بالا کشیده می شود. برای بوجود آوردن چنین تلقینات و خیالپردازیهای از تخیل تان براحتی استفاده کنید. از آنجائی که هدف سبکی دست است از آن دسته از راهبردهائی که منجر به بوجود آوردن چنین احساسات شدیدی در مورد سبکی دست و بالا آمدن آن می شود، استفاده کنید.

وقتی که آماده شروع عملیات هستید، چشمانتان را بسته و دستهای خود را به طور مستقیم جلوی خود دراز کنید. تا سرحد امکان از حواس خود برای تصور کردن خیالپردازی تان استفاده کنید. اگر دارید از تصویر ذهنی یک بالون استفاده می کنید، رنگ، شکل و اندازه آن را هم در ذهن خود مجسم کنید. سبکی و بافت آن را احساس کنید. این که چگونه بالون در گذشته برای شما قابل احساس بوده، در ذهن خود یادآوری کنید. برای این که احساس کنید یکی از دستانتان نسبت به دیگری سبکتر شده، به خودتان تلقیناتی را از این قبیل بکنید که مثلاً «در کف و در سراسر دستم احساس سبکی می کنم» و یا اینکه «این دستم نسبت به دیگری احساس سبکی بیشتر می کند» «حرکت آرامی را در انگشتان خود احساس می کنم»، «احساس می کنم دستم دارد بلند می شود» «دستم دارد بالا و بالاتر می رود» و در نهایت، سعی کنید تلقیناتی را به خودتان بدهید که به زبان خودتان باشد. تصور کنید که بالون دارد بلند می شود و به هوا می رود و در نهایت به سمت چهره شما بالا می آید. این تلقینات را هر چند بار که لازم باشد برای ایجاد احساس سبکی دست و شناوری آن تکرار کنید. زمان لازم پاسخدهی را برای خودتان منظور کنید و بخاطر داشته باشید که هرگونه افکار منفی و مزاحمی را که با اهداف تمرین در تعارض هستند از ذهن تان خارج سازید.

تمرین سوم) پاندول چورل<sup>۱</sup>: پاندول چورل می تواند به وسیله گیره زدن نخ به

حدود ۷ الی ۸ اینچ طول دارد به یک انگشتر و یا یک واشر و یا چیزی شبیه اینها ساخته شود. نخ را بین انگشت سبابه و انگشت شست نگه دارید. دستهای خود را جلوی خود طوری دراز کنید که آرنجتان به بدنتان و یا چیز دیگری تکیه نکند. بعد به پاندول خیره شده و تصور کنید دارد جهت گردش عقربه ساعت حرکت می‌کند و یا جلو و عقب می‌رود. به اندازه کافی منتظر حرکت پاندول در جهت تصور شده، باشید. بعد تصور کنید که پاندول دارد جهت خود را عوض می‌کند و منتظر شوید که در واقع هم تغییر جهت دهد.

حرکت پاندول شبیه حرکت لوح احضار<sup>۱</sup>، بنابه یک دلیل ساده صورت می‌گیرد. در مورد هیچکدام از اینها، سحر و جادوئی وجود ندارد. آنها نه آینده را می‌توانند پیش‌بینی کنند و نه آن طوری که بعضیها مدعی هستند ارتباطی با ادراک فوق حسی<sup>۲</sup> دارند. حرکت پاندول و یا لوح احضار، نتیجه حرکتهای کوچکی انگشت و دستهای شماست. گرچه این حرکتهای برای شما محسوس نیستند ولی مطابق با حرکتهای تصور شده می‌باشند. این نمونه‌ای است از این که چگونه نحوه تفکر شما در رفتارتان اثر می‌گذارد.

تمرین چهارم) جمود خلسه‌ای<sup>۳</sup>: اجرای این تمرین، فرصت دیگری به شما می‌دهد تا مهارتهای خود هیپنوتیسم را تمرین کنند. هدف از این تمرین این است که موقتاً دست شما را سفت و سخت سازد. برای اجرای این تمرین به چیزی فکر نکنید که با سفت و سخت شدن دستتان سازگاری داشته باشد. بعضیها برای این کار، تصور می‌کنند که دستشان گچ گرفته شده و بعضیها تصور می‌کنند که دستهایشان به صورت میله‌های فولادی و یا چوبی می‌باشند. از قوه تخیل خود استفاده کنید و براحتی به خیالپردازی بپردازید.

ابتدا، مشتتان را محکم کنید و دستتان را بطور مستقیم و سفت و سخت نگه دارید و بعد چشمانتان را بسته، خیالپردازی خود را تصور کرده و هرگونه اندیشه مزاحمی را از

1. Ouija board

2. Extrasensory perception

3. Arm catalepsy

ذهن‌تان بیرون برانید. زمانی که به این کار ادامه می‌دهید و فکر می‌کنید که دستتان از حرکت ایستاده به خودتان بگوئید که بله، دستم از حرکت افتاده و نمی‌توانم آن را خم بکنم بعد سعی کنید دستتان را خم کنید. تا زمانی که دارید در چنین افکاری که با سفت و سخت شدن دستهایتان سازگاری دارند، غرق می‌شوید یقیناً در خم کردن دستتان مشکل خواهید داشت. زمانی که تصور سفت شدن دستتان را متوقف ساخته و به خودتان تلقین کنید که می‌توانید دستتان را خم کنید قادر خواهید بود که براحتی دستتان را حرکت دهید.

### تلقین هیپنوتیسمی

شماری از شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی استاندارد شده وجود دارد و یکی از راههای انتخاب تلقین هیپنوتیسمی برای درمانجوی مورد نظر این است که چندین شیوه استاندارد هیپنوتیسمی را آزمایش کنیم و از طریق آزمایش و خطا ببینیم که کدام یک از شیوه‌های مزبور برای درمانجوی مورد نظر ما مناسبتر و بهتر است. اختلافات گسترده‌ای در زمینه نحوه پاسخ‌دهی درمانجو به شیوه‌های مختلف تلقین وجود دارد. بعضیها بیشتر در مقابل روش شناوری دست، حساس هستند در حالی که بعضیها به شیوه‌های تن‌آرامی و بعضی دیگر به شیوه‌های تثبیت چشم<sup>۱</sup> حساسیت بیشتری نشان می‌دهند. مشکلی که در زمینه انتخاب شیوه تلقین براساس آزمایش و خطا وجود دارد این است که درمانگر ممکن است یک و یا چند شیوه اشتباهی را برای درمانجوی خاص بکاربرد که در این صورت احتمال افزایش انتظارات منفی وجود دارد چرا که درمانجو ممکن است اعتمادش را به توانائی خود در زمینه هیپنوتیسم شدن و یا در زمینه توانائی درمانگر در هیپنوتیسم کردن از دست بدهد. بنابه این دلیل است که پیشنهاد می‌شود در صورت امکان از به کار بردن تجارب منفی در زمینه هیپنوتیسم خودداری گردد.

برای انتخاب شیوه مناسب تلقین توسط درمانگر، چندین راهبرد بالینی وجود دارد. یکی از راههای کاهش تأثیر تجارب ناموفق از طریق آزمایش و خطا این است که



پیشاپیش، درمانجویان را از شماری از شیوه‌های مختلف تلقین هیپنوتیسمی آگاه سازیم. یقیناً این درمانجویان به بعضی از این شیوه‌ها پاسخ داده و احتمالاً به همه آنها پاسخ نخواهند داد، آزمایشاتی هم لازم خواهند بود تا تعیین کنند درمانجویان به کدام یک از این شیوه‌ها، بهتر پاسخ خواهند داد. علاوه بر این، درمانگر توسط نشان دادن مهارت‌هایی در زمینه استفاده از چندین شیوه مختلف تلقین هیپنوتیسمی می‌تواند اعتماد درمانجو را حتی اگر با تعدادی از مشکلات اولیه‌ای در زمینه انتخاب شیوه مؤثر تلقین روبرو گردد، حفظ کند. بنابراین، آشنا بودن با چندین شیوه مختلف تلقین هیپنوتیسمی و تکیه نکردن به یک شیوه دلخواه، حائز اهمیت است.

**بکاربردن انتظارات و ارجحیتها :** در اوایل این فصل استفاده از انتظارات درمانجو را در ایجاد ارتباط و تفاهم بحث و بررسی کردیم. انتظارات و ارجحیتها نیز می‌توانند در انتخاب شیوه تلقین هیپنوتیسمی بکار برده شوند. اولین چیزی که بایستی در نظر گرفته شود، تجارب قبلی درمانجو است که ممکن است در زمینه هیپنوتیسم داشته باشد. تلقین هیپنوتیسمی در مورد کسی که قبلاً هیپنوتیسم را تجربه کرده، آسانتر است مشروط بر این‌که از شیوه صحیح استفاده شود. مورد استثناء درمانجویی است که به‌طور موفقیت‌آمیز به هیپنوتیسم قبلی، علی‌رغم وجود بعضی احساسات منفی در مورد شیوه هیپنوتیسم، پاسخ داده باشد. بنابراین، از درمانجوی خود در مورد تجارب قبلی او در مورد حالات هشجاری تغییر یافته که شامل هیپنوتیسم و مراقبه و تن آرامی است، سؤال کنید. ببینید که درمانجو چه چیزی را دوست و چه چیزی را دوست ندارد بعد شیوه کار خود را طبق خواسته‌های او تنظیم کنید. یکی دیگر از راههای استفاده از خواسته‌های درمانجو، این است که شیوه‌های مختلف تلقین هیپنوتیسمی از قبیل تثبیت چشم، سبکی و سنگینی دست و تن آرامی را تشریح کنید و از درمانجو بخواهید که آن شیوه‌ای را که ترجیح می‌دهد انتخاب کند.

**استفاده از پاسخ‌دهی درمانجو به آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی :** چون آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی، عمل پاسخ‌دهی به هیپنوتیسم را به‌طور کلی تقویت می‌کند بنابراین، پاسخ درمانجو را نیز نسبت به شماری از شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی افزایش می‌دهد. علاوه بر این، تمرینات مربوط به آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی

می‌توانند به عنوان شاخصهای شناختی در مورد این‌که چه نوع یا انواعی از شیوه‌های تلقینی در مورد درمانجوی موردنظر می‌تواند مؤثر باشد، مورد استفاده قرار گیرند. تمرینات مربوط به آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی شباهت زیادی به تست‌های مربوط به استعداد هیپنوتیسمی دارند بدین ترتیب که اطلاعاتی را در مورد نحوه پاسخدهی درمانجوی موردنظر به انواع مختلف تلقین از قبیل آنهایی که برای سبکی و سنگینی دست به کار می‌رود به دست می‌دهند. ولی برخلاف آزمونها، این تمرینات طوری ارائه می‌شوند که حالت چالشی و یا تهدیدی نداشته باشند. برای درمانجویان، این مسأله که پاسخهای آنان ارزیابی می‌شوند، بلافاصله آشکار نمی‌شود.

در این زمینه که چگونه درمانجویان به انواع مختلف تمرین آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی پاسخ می‌دهند، اختلافات فردی وجود دارد. بسیاری از درمانجویان، پاسخ‌دهی به سنگینی دست و پایین آوردن دست را بسیار آسانتر می‌دانند در صورتی که بعضی‌ها فکر می‌کنند که پاسخ‌دهی به تلقینات مربوط به سبکی دست و یا کاتالپسی دست آسانتر است. بعضیها هم نسبت به پاندول چورل پاسخ‌دهی بیشتری دارند. این‌گونه تفاوت‌های فردی دقیقاً چیزهایی هستند که ما در تعیین اینکه چه نوع شیوه تلقینی ممکن است برای درمانجوی موردنظر بسیار مناسب باشد، درصدد کشف آن هستیم. اگر درمانجوئی نسبت به تلقینات سبکی دست، پاسخ‌دهی زیادی داشته باشد توصیه می‌کنیم برای هیپنوتیسم کردن از سبکی دست استفاده شود و اگر درمانجوئی به احساس سنگینی دست، پاسخ‌دهی زیادی داشته باشد در این صورت توصیه می‌کنیم هیپنوتیسم را از طریق تثبیت چشم و یا سنگینی دست و پایین آوردن آن و یا توسط هر دو ایجاد نمائید. کاتالپسی دست (جمود خلسه‌ای) هم می‌تواند به عنوان شیوه‌ای تلقینی مورد استفاده قرار گیرد. در حقیقت، به هر تلقینی که درمانجو پاسخ می‌دهد آن تلقین می‌تواند به عنوان شیوه تلقین هیپنوتیسمی مورد استفاده قرار گیرد.

زمانی که براساس پاسخ‌دهی درمانجو به تمرینات آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی شیوه‌ای انتخاب شد در این صورت، تلقین هیپنوتیسمی نسبتاً ساده و راحت خواهد بود. درمانگر نیز بسادگی از همکاری درمانجو در تلقین هیپنوتیسمی استفاده خواهد کرد. به درمانجو گفته می‌شود که «اکنون اجازه دهید تمرین دیگری را اجرا کنیم» بعد درمانگر به

تلقینات خود از این قبیل ادامه می دهد «یکبار دیگر می خواهم تصور کنید که بالونهای هلیوم به انگشتانتان چسبیده است». وقتی درمانجو این خواسته را اجرا کرد در این صورت درمانگر شروع به دادن تلقینات دیگری می کند که برای عمیق تر کردن خواب هیپنوتیسمی از آن تلقینات استفاده می شود (در این مورد بعداً توضیح خواهیم داد).

معمولاً بهتر است از گفتن جملاتی نظیر این که «اکنون شما را هیپنوتیسم خواهم کرد» پرهیز نمائید چرا که بسیاری از درمانجویان موقع شنیدن چنین جملاتی دچار اضطراب شده و یا حالت دفاعی به خود می گیرند. چنانچه درمانجویان این شیوه را نیز مثل شیوه های دیگر تلقی کنند آسانتر تن آرام می شوند. تا به حال هیچ کدام از درمانجویان ما نسبت به این مسأله که به آنها اطلاع نداده ایم که برای درمانشان از هیپنوتیسم استفاده خواهیم کرد، اعتراض نکرده اند. البته این شیوه صرفاً در مورد کسانی به کار می رود که خودشان هیپنوتیسم را برای درمان، انتخاب کرده و انتظار مداوا از آن داشته باشند.

**تکنیکهای اریکسون:** در رویکرد اریکسون، تلقین هیپنوتیسمی به جای تکیه کردن به شیوه های تلقینی هیپنوتیسمی استاندارد شده، با استفاده از مشارکتهای خود درمانجو و با استفاده از گرایشات طبیعی او به دست می آید. اریکسون اهمیت ارائه تلقینات را به صورت انعطافی و آسانگیرانه که به درمانجو اجازه می دهد تا با روش منحصر بفرد خود به هیپنوتیسم پاسخ دهد، مورد تأکید قرار داد. در این شیوه، درمانگر به درمانجو، پیوسته و از پاسخهایی که درمانجو ارائه می کند استفاده می نماید که این حالت هم توسط روش همگامی به دست می آید. همان طوری که قبلاً ذکر شد، همگامی زمانی رخ می دهد که تلقینات هیپنوتیزور با تجارب غیرقابل رؤیت درمانجو و یا با رفتار قابل مشاهده او و یا با هر دو اینها مطابقت داشته باشد. وقتی که تلقینات هیپنوتیزور با تجارب و رفتار قبلی درمانجو مطابقت داشته باشد در این صورت، درمانجو نسبت به تلقینات بعدی، پاسخ دهی بیشتری را نشان خواهد داد و به همین خاطر، هیپنوتیزور نیز می تواند تلقینات مستقیم خود را بهتر هدایت کرده و بهتر آنها را تلقین نماید.

همگامی، بستگی به این دارد که تا چه اندازه ای درمانگر توانائی نظارت دقیق را داشته و تغییرات اندکی را که در رفتار درمانجو - مثل نحوه تنفس - به وجود می آید

مشاهده نماید. تلقینات، زمان‌بندی می‌شوند تا این‌که توصیفات دقیقی از رفتار درمانجو باشند؛ به‌عنوان مثال، وقتی درمانجو دارد نفس می‌کشد به او تلقین می‌شود که تنفس نماید وقتی دارد نفس‌اش را بیرون می‌دهد به او تلقین می‌شود که بازدم کند. ابتدا، درمانگر مواظب است که طوری حرف بزند که با نحوه تنفس درمانجو مطابقت داشته باشد. «رهبری» زمانی حاصل می‌شود که درمانگر تدریجاً از شدت کلام خود کاسته و به درمانجو تلقین می‌کند که به‌طور آرام‌تری نفس کشیده و نفس خود را بیرون دهد. معمولاً در این حالت، نفس درمانجو نیز شروع به آهسته شدن می‌کند. یکی دیگر از نمونه‌های رهبری درمانجو این است که به درمانجویی که دارد به حالت بهتری تغییر وضعیت می‌دهد تلقین کنیم که مثلاً دارید در صندلی‌تان بیشتر فرو می‌روید. در این صورت رهبری زمانی رخ می‌دهد که درمانگر به تلقینات خود این جملات را اضافه نماید که مثلاً می‌توانید احساس راحتی بیشتر کنید و به آرامش مطلق برسید.

نوع دیگر همگامی زمانی به‌وجود می‌آید که هیپنوتیزور تلقیناتی را به درمانجو بدهد که دقیقاً تجارب خصوصی او را منعکس کند که این هم توسط استفاده از تلقینات غیرمستقیم ممکن می‌گردد. برای درک بیشتر نحوه کار اریکسون، پیشنهاد می‌شود که به باندلر و گریندر<sup>۱</sup> (۱۹۷۵)؛ اریکسون و راسی<sup>۲</sup> (۱۹۷۹)؛ اریکسون، راسی (۱۹۷۶)؛ و راسی<sup>۳</sup> (۱۹۸۰) مراجعه کنید. در این‌جا چند نمونه روشن درخصوص تلقینات غیرمستقیم ارائه می‌شود.

۱ - تلقینات بازپاسخ: این‌گونه تلقینات شبیه محرکهای مبهمی هستند که در آزمونه‌های فرافکن<sup>۴</sup> مورد استفاده قرار می‌گیرند چرا که تلقینات بازپاسخ، فرصتی را برای درمانجویان به‌وجود می‌آورند که بتوانند تداعیات و مفاهیم منحصر بفرد خود را به درون این‌گونه تلقینات فرافکنی کنند. از آن‌جا که این‌گونه تلقینات به درمانجویان اجازه می‌دهند تا آزادی زیادی را در پاسخدهی به تلقینات به‌دست بیاورند، درمانجویان نیز تقریباً به‌طور قطع به این تلقینات پاسخ می‌دهند. نمونه‌هایی از این‌گونه تلقینات عبارتند از:

1. Bandler &amp; Grinder

2. Erikson &amp; Rossi

3. Rossi

4. Projective tests

۱- وقتی که در حالت تن آرامی هستید ممکن است از احساسات دیگری نیز با خبر باشید.

۲- ممکن است نسبت به بعضی از تغییرات در طول هفته آگاه شوید.

۳- فقط نسبت به هر آن چه که موقع خیره شدن به نقطه‌ای تجربه می‌کنید آگاه باشید.

۲- **بیانات بدیهی**: بسیاری از درمانجویان مضطرب، وقتی که به آنها تلقینات مستقیم داده می‌شود بسیار سخت تلاش می‌کنند. آنها مضطرب می‌شوند و به همین خاطر وقتی می‌فهمند که از آنها انتظار می‌رود تا به طرز خاصی به تلقینات پاسخ دهند، عکس‌العمل کمتری از خود نشان می‌دهند. بعضی از درمانجویان نیز وقتی مورد تلقینات مستقیم قرار می‌گیرند حالت تدافعی از خود نشان می‌دهند. مزیت تلقینات غیرمستقیم دقیق بودن آنها است. احتمال کمتری وجود دارد که درمانجویان هنگامی که تلقینات به‌طور غیرمستقیم به آنان داده می‌شود انتظارات خاصی پیدا کنند و یا هنگام پاسخ دادن احساس در فشار هستند بکنند. بنابراین تلقینات غیرمستقیم، اضطراب و مقاومت را کاهش می‌دهند.

بیانات بدیهی جملاتی هستند که نمی‌توانند مورد انکار واقع شوند. این‌گونه بیانات، تلقینات غیرمستقیم به حساب می‌آیند چرا که از درمانجویان خواسته نمی‌شود تا به‌طور خاصی نسبت به این‌گونه تلقینات پاسخ دهند. یک بیان بدیهی گویای این حقیقت است که داشتن چند نوع تجربه ممکن است. بنابراین، اگر درمانجو به تلقینات مورد نظر پاسخ ندهد نشانه شکست نیست چرا که هیچ‌گونه دستور مستقیمی داده نمی‌شود. نمونه‌هایی از این‌گونه بیانات شامل تلقینات زیر می‌شود:

۱- وقتی افراد به‌طور مدام به یک نقطه‌ای خیره می‌شوند معمولاً چشمانشان احساس خستگی و سنگینی می‌کنند.

۲- افراد معمولاً با چشمان بسته، بهتر احساس تن آرامی می‌کنند.

۳- بعضیها، تصور کردن مناظر نشاط‌آور و دل‌انگیز را آرامبخش می‌یابند.

۳- **بیانات مکالمه‌ای**: بیانات مکالمه‌ای مثل بیانات بدیهی تلقینات غیرمستقیمی

هستند که بدون دادن دستور، امکان انجام دادن چیزی و یا تجربه نمودن چیزی را به

درمانجو، تلقین می‌کنند. بیانات مکالمه‌ای معمولاً این‌گونه شروع می‌شوند که «می‌توانید» و یا «آیا می‌توانید؟» یا «آیا برایتان امکان دارد که احساس خاصی را تجربه کنید؟» چنانچه درمانجوئی نتواند به این تلقینات پاسخ دهد در این صورت هرگونه اثر منفی به حداقل می‌رسد چراکه پاسخی در این خصوص موردنظر نبوده است.

بیانات مکالمه‌ای، تلقینات بسیار مؤثری هستند. اریکسون برای تثبیت چشم و سبکی دست، شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی را که در آنها هر تلقینی یک سؤال می‌باشد، شرح داده است به عنوان مثال؛

۱- بسیار خوب، وقتی دستهایتان بآرامی روی رانهایتان قرار گیرند آیا احساس راحتی می‌کنید؟ (در همین حال درمانگر وضعیت را نشان می‌دهد). بسیار خوب بگذارید دستهایتان یکدیگر را لمس کنند.

۲- آیا می‌توانید بگذارید دستهایتان چنان سبک قرار گیرند که نوک انگشتانتان بسختی رانهایتان را لمس کنند؟

۳- بسیار خوب، وقتی دستهایتان به آرامی روی رانهایتان قرار می‌گیرند آیا احساس می‌کنید که گرایش دارند تا با هر نفسی که می‌کشید بالا بیایند؟

۴- آیا وقتی که قسمت‌های دیگر بدنتان بیشتر در حالت تن‌آرامی هستند، دستهایتان هم به تنهایی و براحتی شروع به بلندشدن می‌کنند؟

۵- وقتی که این عمل، ادامه پیدا می‌کند آیا آن دست و یا دست دیگرتان و یا این که هر دو دستتان بیشتر بلند می‌شود؟

۶- آیا آن دست، در بالا مانده و تدریجاً به بلندشدن ادامه می‌دهد؟ و یا این که دست دیگرتان روی رانتان می‌ماند؟

۷- آیا دست موردنظر با حرکت‌های کمی تند، شروع به بالا آمدن می‌کند؟ و یا این که وقتی دستتان شروع به بالا آمدن به سمت چهره‌تان نمود، بالا آمدن، آهسته، آهسته‌تر می‌شود؟

۸- با عمیق‌تر شدن تن‌آرامی، آیا دستتان سریعاً به صورتتان نزدیک می‌شود و یا به‌طور آهسته؟ آیا قبل از این که صورتتان را لمس کند تا بدانید که دارید به خلسه می‌روید، لازم است دستتان کمی بی‌حرکت بماند؟

۹- آیا بدنتان خود بخود نفس عمیقتری می کشد زمانی که دستتان صورتتان را لمس کرده و واقعاً در حالت تن آرامی هستید و خلسه عمیقتری را تجربه می کنید؟ (اریکسون و راسی صفحه ۳۱-۳۰، ۱۹۷۹).

باندلر و گریندر (۱۹۷۵) راهنمائیهای زیر را برای درست کردن بیانات مکالمه‌ای ارائه نمودند:

- ۱- تلقینی را که می خواهید بدهید - مثل تثبیت چشم - مشخص کنید.
- ۲- از تلقینات دستور درست نمائید مثلاً «چشمهایتان را بر آن نقطه متمرکز کنید.»
- ۳- دستور خود را به صورت نوعی امکان مجدداً بیان کنید مثلاً بگوئید که «می توانید چشمهایتان را روی آن نقطه متمرکز کنید»
- ۴- برای درست کردن بیانات مکالمه‌ای از نوع پرسشی، از دستوری که می دهید سؤال بله یا نه درست کنید مثل این سؤال «آیا می توانید چشماتان را بر آن نقطه متمرکز کنید.»؟

۴- تلقیناتی که دربرگیرنده وظایف چندگانه و راههای متناوب پاسخدهی هستند: طبق نظر اریکسون، تلقیناتی که شامل وظایف چندگانه هستند مقاومتِ درمانجو را کم کرده و در نتیجه حواسپرتی و گیجی و پذیرندگی او را افزایش می دهند و زمانی که برای پاسخدهی؛ چندین طریق وجود داشته باشد آزادی بیشتری در انتخاب به وجود آمده و مقاومت هم از سوی درمانجو، کمتر خواهد شد. علاوه بر این، وقتی که انتخاب زیادی درکار باشد، احتمال زیادی هم وجود خواهد داشت تا افراد بتوانند حداقل به یکی از گزینه‌ها پاسخ دهند. یکی از شیوه‌های تلقینی اریکسون که دربرگیرنده کلیه راههای احتمالی پاسخدهی نسبت به سبکی دست است، شیوه زیر می باشد:

«دست راست و یا چپتان بزودی شروع به بالا آمدن خواهد کرد و یا ممکن است پائین بیاید و یا این که ابداً به حرکت درنیاید ولی منتظر خواهیم شد که ببینیم چه اتفاقی می افتد. ابتدا، شاید انگشت شست‌تان به حرکت درآید. یا این که احساس کنید اتفاقی دارد برای انگشت کوچکتان می افتد ولی چیزی که واقعاً اهمیت دارد این است که آیا دستتان بالا می رود یا پائین می آید و یا این که ساکن باقی می ماند، نیز آنچه که اهمیت دارد این است که شما توانائی دارید آنچه که برای دستتان اتفاق

می‌افتد به شکلی کامل احساس کنید. (اریکسون و دیگران، ۱۹۷۶).

با بکاربردن اصول اریکسون، یکی از نویسندگان کتاب حاضر (ویلیام گلدن) دریافته است که شیوه تلقین تثبیت چشم وقتی که دربرگیرنده وظایف متعدد بوده و به درمانجو، راههای مختلف پاسخدهی به تلقینات را ارائه می‌دهد، بسیار مؤثر می‌باشد. «بستن چشم»<sup>۱</sup> وقتی که بیش از اندازه مورد تأکید قرار نگیرد و به درمانجو هم آزادی انتخاب بیشتری در جهت پاسخدهی به تثبیت چشم داده شود، سریعاً صورت می‌گیرد. هیپنوتیزور در این حالت کار خود را با تثبیت چشم شروع کرده و در مورد «بستن چشم» تلقیناتی را می‌دهد ولی بعداً وارد تلقینات تن‌آرامی و تغییر تنفسی و غیره می‌شود به‌عنوان مثال:

«می‌توانید نقطه‌ای را انتخاب و به آن خیره شوید و اگر چشمهایتان به این طرف و آن طرف خیره شوند، باز به همان نقطه برگردانید و تا زمانی که چشم‌هایتان خسته شوند به خیره شدن به آن نقطه ادامه دهید. بعداً می‌توانید چشم‌هایتان را بسته و به حالت عمیق تن‌آرامی فرو بروید. زمانی که دارید به نقطه موردنظر خیره می‌شوید، ممکن است پدیده‌های جالبی را ملاحظه کنید. بعضی از افراد حس می‌کنند دیدشان تار می‌شود در حالی که بعضی دیگر فکر می‌کنند که نقطه حرکت کرده، به تپش در می‌آید و یا ناپدید می‌شود. بعضیها هم در اطراف آن نقطه، هاله‌ای از نور را مشاهده می‌کنند. بعضیها فقط در پلکهای خود، سنگینی احساس می‌کنند. چیزی که واقعاً برای شما اهمیت دارد این است که به آن چیزی که دارید تجربه می‌کنید توجه کنید و از آن لذت ببرید. اکنون بگذارید نفس‌تان پائین بیاید و بعد نفس عمیق کشیده و بعداً که می‌خواهید نفس خود را بیرون دهید تنفس‌تان را تند کنید. وقتی نفس خود را بیرون می‌دهید تنشهای بدنتان را از بین برده و بگذارید روی صندلی آرام بگیرد.

حالا بگذارید نفستان به حد تن‌آرامی پائین بیاید و بعد به آرامی نفس کشیده و نفس خود را بیرون دهید. نحوه تنفس بایستی آرام و آهسته و منظم و عمیق باشد



هر بار و هر دفعه که نفس خود را بیرون می‌دهید می‌توانید به تنش موجود در بدنتان خاتمه دهید. بگذارید بدنتان در روی صندلی عمیقاً آرام بگیرد. احساس کنید که کل بدنتان احساس تن‌آرامی می‌کند و این احساس را در دست و پاهایتان ایجاد کنید. احساس کنید دست و پایتان شل و آسوده و درست شبیه یک عروسک پارچه‌ای هستند. بگذارید دست و پاهایتان راحت و شل و آویزان قرار گیرند. بگذارید پشت‌تان هم شل و ول باشد خودتان را سفت و سخت نگه ندارید بلکه به‌جای اینها، خودتان را به صندلی تکیه دهید و بگذارید در روی آن بدنتان راحت و آسوده باشد. هر تنشی را از آرواره‌هایتان دور سازید و بگذارید آرواره‌تان بصورت آزاد بماند و دندانها و لبهای شما از هم یک‌کمی جدا باشند. در سطح صورتتان احساس راحتی و تن‌آرامی کنید. احساس کنید که عضلات صورتتان دارند نرم و صاف می‌شوند. احساس کنید که تن‌آرامی دارد در ناحیه شکم و عضلات سینه پخش می‌شود. دست و پاهایتان دارند بیشتر و بیشتر شل و آسوده می‌شوند و احساس می‌کنید که تن‌آرامی به تمام بدنتان جریان می‌یابد. از تغییرات مربوط به درجه حرارت بدن و یا تغییرات مربوط به وزن بدنتان که با احساس مطبوعی همراه است با خبر باشید. تمامی اینها نشانه این است که حالت تن‌آرامی دارد پیشرفت می‌کند. به تنفس عمیق و آرامتان ادامه داده و احساس کنید که دارید به تن‌آرامی عمیق‌تری فرو می‌روید.

### شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی استاندارد

تا اینجا هدف اصلی این فصل، بیشتر آشنا کردن خواننده با تعدادی از راهبردهای تلقین هیپنوتیسمی بود تا این‌که صرفاً شیوه‌های استاندارد شده تلقین هیپنوتیسمی را ارائه نماید. با وجود این، دستورالعمل استفاده از شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی می‌تواند در مورد بسیاری از درمانجویان؛ مؤثر باشند خصوصاً وقتی که توأم با راهنماییهای موجود در این فصل باشند. بنظر ما نتایج بهتر توسط روشی به‌دست می‌آیند که راهبردهای هیپنوتیسم را - از قبیل آموزش مهارتهای هیپنوتیسم و تلقینات غیرمستقیم اریکسون - مورد تأکید قرار داده و صرفاً رویکردی نباشد که منحصرأ روی حفظ یا قرائت

شیوه تلقین تأکید داشته باشد.

ولی شیوه‌های تلقین استاندارد، هیپنوتیزور مبتدی را البته با نمونه‌هائی از روشهای تلقین هیپنوتیسمی و روش راحتی برای شروع تمرین هیپنوتیسم، آشنا می‌سازد. علاوه بر این، این شیوه‌ها می‌توانند در مورد افرادی که دارای انگیزه بسیار نیرومندی در زمینه هیپنوتیسم بوده و در مورد افرادی که در نتیجه یادگیری مهارت‌های تلقین هیپنوتیسمی پاسخدهی بیشتری به هیپنوتیسم دارند، مؤثر و مفید باشند. مضافاً این‌که تلقینات استاندارد می‌توانند جهت یکی شدن با وسایل ارتباطی اریکسون، تغییر داده شوند. نمونه‌های چندی از قبیل شیوه‌های تلقینی سبکی دست و تثبیت چشم که هم‌اکنون توضیح داده شدند با اصول اریکسون قابل ترکیب هستند. یکی دیگر از تلقینات سبکی دست و هیپنوتیسم هشپاری را در فصل افسردگی می‌توان یافت. در اینجا چند شیوه تلقین هیپنوتیسمی دیگر توضیح داده خواهد شد. خوانندگان علاقمند به شیوه‌های دیگر تلقین می‌توانند به کتاب کراسیلنگ و هال<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) و کتاب گروگر و فزler<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) رجوع نمایند.

خواننده جهت نسخه‌های رونوشت که مراجعین برای خود هیپنوتیسم می‌توانند به کار ببرند، به فصل خود هیپنوتیسم در این کتاب مراجعه کند.

**روش تن آرامی:** شیوه‌های تن آرامی می‌توانند به تنهایی و یا توأم با شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی دیگر مثلاً با روش تثبیت چشم که در فصل پیش توضیح داده شد، بکار برده شوند. شیوه‌های تن آرامی به عنوان تکنیک‌های عمیق‌سازی که بعداً بطور مختصر توضیح داده می‌شوند، مناسب هستند. برای ایجاد تن آرامی، نفس عمیق کشیدن، تلقینات تن آرامی، گرمی، سبکی و یا سنگینی و تصویر ذهنی نشاط‌آور از قبیل ساحل و یا منظره ییلاقی می‌توانند به کار برده شوند. از تلقین سنگینی در مورد درمانجویانی که می‌خواهند کاهش وزن پیدا کنند باید خودداری گردد. هر وقت امکان داشته باشد، درمانجورا در انتخاب تکنیک‌های تن آرامی آزاد بگذارید. بهتر است به جای استفاده از بعضی تصویرهای ذهنی استاندارد و یا به جای این‌که تصویر ذهنی برای

درمانجو درست کنیم. بگذاریم او شخصاً تصویر ذهنی دلخواه‌اش را بسازد. این کار، درمانجو را در فرآیند هیپنوتیسم سهیم خواهد کرد. تمرین زیر می‌تواند طبق این موضوع، تغییر داده شود:

«می‌توانید چشم‌هایتان را بسته و به حالت تن‌آرامی بروید. بگذارید بدنتان شل شده و خودتان را در صندلی فرو برید. بگذارید نفس کشیدن‌تان آرام گردیده تا بتوانید عمیق و آهسته نفس بکشید.

«و وقتی دارید به آرامی نفس می‌کشید و یا نفس خود را بیرون می‌دهید بایستی این کار حالت منظم و راحت داشته باشد. وقتی دارید عمیق و آرام نفس می‌کشید فکر کنید در دست و پایتان احساس تن‌آرامی و آسودگی جریان دارد. و دست و پا شل و ول و آویزان می‌گردد درست مثل این که یک عروسک پارچه‌ای بوده باشد. دستها از هم باز شده و انگشتان از یکدیگر جدا و مچ دست‌تان شل و ول می‌شود. تصور کنید که تن‌آرامی در بالا و پائین دست‌تان پخش می‌شود و به شانه‌هایتان می‌رسد. بگذارید شانه‌هایتان نیز راحت و آویزان گردند. فکر کنید که تن‌آرامی دارد در بدنتان پخش می‌شود.

وقتی پاهایتان دارد شل و ول و آویزان می‌گردد، احساس کنید که تن‌آرامی در تمام بدنتان از سر تا نوک انگشتانتان پخش می‌شود. وقتی دارید نوک انگشتان را از هم جدا می‌سازید، احساس کنید پا و نوک انگشتان در حالت تن‌آرامی هستند. در مچ پاها، رانها و زانوها و ساق پاهای خود احساس راحتی کنید. احساس کنید که هر دو پایتان روبه‌سوی تن‌آرامی دارد.

توجه داشته باشید که با هر بار نفس بیرون دادن می‌توانید راحتی بیشتری در بدنتان احساس کنید. با هر بازدم، احساس کنید که راحتی دارد در بدنتان پخش می‌شود. عمیق و آرام نفس بکشید و با هر بار بازدم، احساس کنید که دارید در صندلی‌تان فرو رفته و تن‌آرامی بیشتری به دست آورید.

احساس کنید که تن‌آرامی دارد به پشت و گردنتان سرایت می‌کند و پشت‌تان شل و لخت می‌گردد. احساس کنید بیشتر دارید در صندلی خود فرو می‌روید طوری که نمی‌توانید خودتان را جمع و جور نگه دارید و این صندلی است که شما را نگه

داشته است. بگذارید صندلی گردنتان را نگه دارد و احساس کنید که تن آرامی دارد در کل بدنانتان پخش می شود. بگذارید آرواره هایتان از هم بازمانده و دندان هایتان یک کمی باز باشند و احساس کنید که تن آرامی دارد به عضلات صورتتان سرایت می کند. تن آرامی بیشتری را احساس کرده و نفس کشیدن آرام و عمیق را ادامه دهید و تن آرامی خود را عمیقتر کنید. برای عمیق کردن تن آرامی می توانید منظره نشاط آور خود را که قبلاً راجع به آن بحث کردیم تصور کنید. منظره نشاط آور را تا آن جایی که می توانید روشنتر تصور کرده و چنین فرض کنید که اگر در آنجا بودید از چه لذت می بردید و چه چیزی می شنیدید و چه چیزی احساس می کردید چه بوئی را می شنیدید و غیره... به همین تخیل ادامه دهید و آرام و عمیق نفس بکشید و احساس کنید که بدنانتان آسوده و آرام گشته است طوری که شانه ها، آویزان شده و پشت و گردن نیز شل و ول و آرواره ها از هم باز و عضلات صورت حالت تن آرامی پیدا کرده اند و ذهن تان نیز احساس آرامش می کند. وقتی دارید به این منظره نشاط آور فکر می کنید آرام و عمیق نفس بکشید و راحت باشید.

**تثبیت چشم توأم با سنگینی دست :** دستتان را در جلوی خود بالای چشم تان نگه داشته و انگشت سبابه خود را روبه بالا نگه دارید، این حالت را به درمانجو نشان دهید و اطمینان حاصل کنید که دست درمانجو به اندازه کافی بالا هست تا چشمهای او توسط خیره شدن به نوک انگشت، احساس سنگینی و فشار کند.

خیره شدن به نقطه ای را ادامه داده تا چشمها و دستتان چنان سنگین شوند که دستتان پایین آمده و چشمهایتان بسته شوند. خیره شدن به نوک انگشت خود را ادامه دهید. اگر تمرکز چشمهایتان دشوار است سعی کنید آنها را به آن نقطه معطوف نمایید، تا احساس سنگینی و خستگی کنند. به هر احساسی که در اثر خیره شدن به نقطه به شما دست می دهد توجه کنید. دیدتان ممکن است تاریخته و یا نقطه را دو تا ببیند و یا شروع به کمرنگ شدن کند و نیز احتمال دارد که چشمک زدن سریع خود را مشاهده کنید. صرف نظر از هر آنچه که احساس می کنید به خیره شدن به نقطه ادامه دهید.

تصور کنید دستتان دارد سنگین و سنگین تر می شود طوری که دارد خسته

می‌شود. تصور کنید چشمهایتان نیز دارند خسته می‌شوند - تصور کنید که در عضلات خود احساس فشار می‌کنید - تصور کنید که دستتان دارد چنان سنگین می‌شود که دوست دارید آن را پایین بیاورید.

هر بار که دارید نفس بیرون می‌دهید توجه داشته باشید که چگونه دستتان گرایش به پائین آمدن می‌کند و وقتی دستتان سنگین می‌شود شروع به پائین آمدن کرده و چشمهایتان نیز دارند بسته می‌شوند. وقتی دستتان به سمت پایین حرکت می‌کند چشمهایتان هم به سمت پایین حرکت می‌کنند. پایینتر... پایینتر... تا این‌که بخواهید با بستن چشمهایتان به حالت تن آرامی بروید.

(این تلقینات را تکرار کنید تا دست درمانجو پائین آمده و چشمهایش بسته شوند. اگر این تلقینات نتوانند بستن چشم را به وجود بیاورند بگوئید «حالا دستتان را تماماً پایین بیاورید و بگذارید استراحت کند» و اگر چشمهای درمانجو هنوز باز هستند بگوئید «حالا چشمهایتان را تماماً ببندید» «چشمها بسته باشد».)

روش چیسون<sup>۱</sup>: روش تلقین هیپنوتیسمی چیسون (۱۹۷۳) برای درمانجویان مقاوم و یا برای آنهایی که با دشواری به احساس تن آرامی دست می‌یابند سودمند می‌باشد. تقریباً هر کسی به این روش پاسخ می‌دهد چرا که این روش براساس گرایش انگشتان به از هم جداشدگی است زمانی که شدیداً به هم چسبیده شده باشند و براساس حرکت دست درمانجو به سمت چهره است درمانجو دارد نفس خود را تو می‌دهد، عکس این قضیه زمانی رخ می‌دهد که شخص نفس خود را بیرون می‌دهد. در این حالت گرایش به این است که دستان شخص به سمت پایین فرو رود. رابطه بین نفس کشیدن و حرکتهای دست در شیوه تلقین مربوط به پایین آمدن دست و سبکی آن ادغام شده است. این تکنیکها از پدیده‌های فیزیکی مشترک استفاده کرده و به همین خاطر می‌توانند همچون دربر گیرنده تعدادی از حقه‌های درمانگر و اعمال خواسته‌های او تلقی گردند. این تکنیکها با الگوی خویشتن‌داری سازگاری ندارند. با این حال تشخیص می‌دهیم که بعضی از درمانجویان بدلیل مقاومت آشکاری که دارند پاسخی به خویشتن‌داری

نمی دهند. بنابراین لازمه این گونه روشها، غلبه کردن به مقاومتِ درمانجو و تقویت انگیزه او می باشد.

در بکاربردن روش چیسون، به درمانجو دستور دهید تا یک دستش را به فاصله تقریباً سی سانتی متر جلوی صورتش نگه داشته و کف دستش، آن طرف قرار گیرد و انگشتان هم محکم بهم چسبیده نگه داشته شوند. قبل از این که فرصتی برای انگشتان پیش بیاید که بطور همزمان از فشاری که روی آنها در این حالت وارد می شود باز شوند. موضوع زیر را به درمانجو تلقین کنید:

«دست خود را بالا نگه داشته و به پشت دست نگاه کنید. دستتان را نزدیک صورت نگه دارید و به حد سی سانتی متر باز کنید و درست جلوی خود نگه دارید. انگشتان خود را طوری سفت و نزدیک بهم نگه دارید که فضایی بین آنها وجود نداشته باشد دستتان را در این حالت نگه دارید.»

حال به انگشتان دستتان نگاه کنید و ببینید چه اتفاقی می افتد توجه خود را بر انگشتان خود متمرکز کرده و وقتی توجه خود را بر آنها متمرکز کنید ببینید که چگونه شروع به جدا شدن از هم می کنند. به فضای بین انگشتان خود نگاه کنید و ببینید که چگونه این فضا دارد بیشتر می شود. تدریجاً انگشتانت بیشتر و بیشتر از هم جدا می شوند و به نظر می رسند که دارند زنده می شوند.

«هربار که دارید نفس می کشید حرکت دستتان را که دارد تدریجاً به سمت صورتتان می رود ببینید با هربار نفس کشیدن، دستتان به چهره تان نزدیکتر و نزدیکتر می شود گوئی که نیروی مغناطیسی وجود دارد که دست تان را به سوی چهره نزدیکتر می سازد و این نیروی مغناطیسی است که دستتان را به چهره تان نزدیکتر می کند.»

اگر دستِ درمانجو به حرکت خود در مسیر تلقین شده، ادامه دهد، به تلقینات مشابه ای که دستِ درمانجو را بتواند به چهره اش نزدیک سازد، ادامه دهید. ولی اگر دستِ درمانجو در خلاف جهت به حرکت درآید در این صورت، سنگینی دست را به او تلقین کرده و بعد به او تلقین کنید که دستش چنان سنگین خواهد شد که به سمت پایین حرکت کرده و چشمهایش بسته خواهد شد. بیاد داشته باشید که وقتی درمانجو نفس

خود را بیرون می‌دهد، به او تلقین کنید که دستش دارد به سمت پایین حرکت می‌کند. اگر درمانجو به تلقینات شما در زمینه حرکت دست بسوی چهره خود، پاسخ بدهد بعد تلقینات زیرا را ادامه دهید به او تلقین کنید که:

«وقتی دستتان دارد به صورتتان نزدیک‌تر می‌شود ممکن است احساس کنید که چشمتان دارد سنگین می‌شود و به محض این‌که دستتان صورتتان را لمس کرد، می‌توانید نفس عمیق کشیده و وقتی که نفس خود را بیرون می‌دهید بگذارید دستتان به آرامی روی زانویتان بیفتد».

این تلقینات را تکرار کرده و میزان آن را تغییر دهید تا این‌که با حرکت و میزان پاسخدهی درمانجو برابری و مطابقت نماید.

## تکنیکهای عمیق سازی

تکنیک‌هایی هستند که می‌توانند برای عمیق‌تر کردن هیپنوتیسم به کار برده شوند. دقیقاً آن چه که عمیق می‌شود معلوم نبوده و موضوعی بحث‌انگیز است. از آنجایی که هدف این کتاب این است که به صورت یک راهنمای درمانی برای متخصصین بالینی باشد بنابراین، موضوعات نظری را بررسی نخواهیم کرد. از نقطه نظر بالینی، اغلب افراد، عمق هیپنوتیسمی را به صورت تشدید شدن احساسات تن آرامی و شدت تمرکز تجربه کرده و در مورد هیپنوتیسم هشیاری، به صورت انرژی افزایش یافته، عمق هیپنوتیسمی را تجربه می‌کنند.

قبلاً تکنیکهای تن آرامی (از قبیل تنفس عمیق، تصور منظره نشاط آور و تلقین تن آرامی) را که می‌توانند به منظور عمیق‌تر کردن هیپنوتیسم مورد استفاده قرار گیرند شرح داده‌ایم. تکنیکهای عمیق‌کننده دیگر در فصل خود هیپنوتیسم شرح داده می‌شوند. تکنیکهای تلقین نیز می‌توانند بجای تکنیک‌های عمیق‌سازی بکار روند. به عنوان مثال، اگر سبکی دست را بعنوان شیوه تلقین بکار ببندید، می‌توانید تن آرامی را برای عمیق‌سازی هیپنوتیسم به کار ببرید. از طرف دیگر، اگر تکنیک‌های تن آرامی را برای ایجاد هیپنوتیسم بکار می‌برید، می‌توانید سبکی دست را به عنوان تکنیکهای عمیق‌سازی هیپنوتیسم به کار ببرید. اکنون دو تکنیک معمول عمیق‌سازی هیپنوتیسم را

که عبارتند از «تصویر پلکان» و «تکنیک شمارشی» با جزئیات بیشتر شرح خواهیم داد. **تصویر ذهنی پلکان:** در این تکنیک از درمانجو خواسته می شود تا تصور کند دارد از یک پلکان دراز پایین می آید و با هر قدم که برمی دارد به حالت عمیق خواب مغناطیسی فرو می رود. بعضی از درمانجویان آسانسور یا پله برقی را برای این کار ترجیح می دهند ولی مواظب باشید هیچ کدام از این دو تکنیک را در صورتی که درمانجو از آنها ترس و واهمه داشته باشد برای عمیق سازی خواب او به کار نبرید. بعضی از درمانجویان، اگر آزادی بیشتری در انتخاب اینکه چه مقدار به خواب عمیق فرو خواهند رفت داشته باشند کنترل زیادی را احساس می کنند. با خبر ساختن درمانجو از نوع تکنیکی که قرار است مورد استفاده قرار گیرد، سودمند خواهد بود.

خویشتن داری نیز بدین شکل می تواند در تصور درمانجو دخیل شود که درمانجو را وادار سازیم تصور کند که خودش دارد بالا و پائین آمدن آسانسور و یا عمق خواب هیپنوتیسمی را با فشار دادن دگمه ای کنترل می کند و در مورد تصویر ذهنی پلکان این که، درمانجو را وادار کنیم تا تصور کند که تنها به هر اندازه ای که او مایل باشد از پلکان پائین خواهد آمد. بعضی از درمانجویان ترجیح می دهند که برای افزایش خلسه، آسانسور، بالا برود، گرچه اغلب درمانجویان پایین آمدن آسانسور را علت عمیق شدن هیپنوتیسم خود می دانند، شیوه زیر را مطابق با خواسته های هر درمانجو، تغییر دهید:

اکنون می توانید به خواب عمیق تر هیپنوتیسمی فرو بروید. تصور کنید که دارید از یک پلکان دراز پایین می آید... هر قدمی را که بر می دارید آن را تجسم کنید، هر قدمی را که بر می دارید در فرورفتن شما به خواب عمیق هیپنوتیسمی کمک خواهد کرد. و شما می توانید به هر اندازه ای که برای پایین رفتن از پلکان، قدم برمی دارید به همان اندازه به خواب عمیق هیپنوتیسمی فرو بروید و به هر اندازه ای که از پله ها پایین می روید خواب شما عمیق تر می شود و هرچه قدر در پایین رفتن از پله ها پیش بروید، تن آرامی بیشتری را احساس خواهید کرد؟

**تکنیک شمارشی:** با این شیوه عمیق سازی هیپنوتیسم، درمانگر از یک تا ده (بعضی ها از یک تا بیست) شمرده و به درمانجو تلقین می کند که با هر شمارشی، خواب عمیق هیپنوتیسمی را تجربه خواهد کرد:



«اکنون از یک تا ده خواهم شمرد. در طول شمارش من، شما قادر خواهید بود که به حالت عمیق خواب هیپنوتیسمی بروید. ۱- این شمارش به شما کمک می‌کند تا به خواب عمیق فرو بروید ۲- هر بار شمارش شما را به سطح عمیقتری از خواب مغناطیسی فرو می‌برد ۳- با این شمارشها هر قدر که دل‌تان بخواهد به خواب عمیق بروید ۴- به نفس کشیدن آرام و عمیق ادامه دهید ۵- با هر بازدمی و یا هر شمارشی احساس تن‌آرامی بکنید ۶- آرامش‌تان بیشتر و بیشتر می‌شود ۷- خواب هیپنوتیسمی‌تان عمیقتر می‌شود ۸- احساس خواهید کرد که عمق خوابتان دارد بسیار زیاد می‌شود ۹- عمیق‌تر و زیاده‌تر ۱۰- در یک تن‌آرامی عمیق و عمیقتر بوده و تن‌آرامی را در سراسر بدنتان احساس خواهید کرد.

### استفاده از هیپنوتیسم برای اهداف درمانی

تلقین و عمیق‌سازی هیپنوتیسم به‌تنهایی معمولاً نتایج درمانی ثابتی را ایجاد نمی‌کنند. در واقع هیپنوتیسم زمینه‌ای است که در آن، درمان صورت می‌گیرد. در طول هیپنوتیسم، درمانگر بر طبق ماهیت مشکلات درمانجو، انواع مختلف اقدامات درمانی را به کار می‌برد. تلقینات و تصویرسازیهای ذهنی به‌طور نمونه به کار می‌روند. اقدامات درمانی، موضوع بحث فصول است که انواع مختلف مشکلات بالینی را شرح می‌دهد.

### پایان دادن به هیپنوتیسم

معروفترین روش پایان دادن به خواب هیپنوتیسمی، شمردن از یک تا پنج و یا از یک تا ده، در حالی است که تلقیناتی به درمانجو داده می‌شود که مثلاً دارد به حالت بیداری کامل باز می‌گردد. به عنوان مثال:

«اکنون از یک تا ده می‌شمارم به محض این‌که به پنج رسیدم چشمهای شما باز شده و احساس تازگی و طراوت و بیداری و هشیاری خواهید کرد. در عدد یک؛ حالت هشیاری شروع به برگشت خواهد کرد، در عدد دو، احساس تعجب خواهید کرد، و در عدد سه، احساس طراوت و در عدد چهار شروع به حرکت آرام و در عدد پنج، شروع به بازکردن چشمهایتان کرده و بعد تا اندازه‌ای حرکت خواهید نمود و

احساس تعجب و تن‌آرامی و سرانجام بیداری کامل خواهید کرد.

روش دیگر این است که کنترل کامل به درمانجو بدهیم و بگذاریم با سرعت خاص خودش به حالت بیداری برگردد. صرف‌نظر از این‌که چه روشی برای پایان دادن به خواب هیپنوتیسمی بکار گرفته می‌شود. اختصاص وقت کافی برای تبدیل وضعیت، حائز اهمیت است. مزیت استفاده از روش کنترل توسط درمانجو در پایان به خواب هیپنوتیسمی این است که تفاوت‌های فردی را در میزان زمانی که برای بیدار کردن درمانجوی موردنظر از خواب هیپنوتیسمی لازم است، در نظر می‌گیرد:

«اکنون با سرعتی که خودتان بخواهید به بیداری کامل خواهید رسید در این کار عجله نکنید می‌توانید با سرعت دلخواه به حالت هشیاری و بیداری بازگردید. خیلی آهسته و به اندازه دلخواه حرکت کرده و شروع به بازکردن چشمانتان نموده و به حالت هشیاری و بیداری و تن‌آرامی کامل بازگردید.

### خلاصه پنج مرحله درمان هیپنوتیسمی

- ۱- آماده‌سازی درمانجو برای هیپنوتیسم، ایجاد ارتباط و تفاهم، سنجش مشکلات درمانجو، روشنگری بدفهمی‌ها، آموزش مهارت‌ها، آزمایش تأثیرپذیری.
- ۲- تلقین هیپنوتیسمی.
- ۳- تکنیک‌های عمیق‌سازی.
- ۴- استفاده از هیپنوتیسم برای مقاصد درمانی.
- ۵- پایان دادن به هیپنوتیسم.

## فصل سوم

### افسردگی

افسردگی، نشانه‌های زیادی دارد. گرچه بعضی از علائم افسردگی از قبیل گریه زیاد را تقریباً هرکسی می‌تواند تشخیص دهد، اما علائم دیگر آن چنان واضح نیستند. نشانه‌ها و علائم افسردگی به دسته‌های زیر قابل تقسیم‌اند:

۱ - علائم هیجانی<sup>۱</sup> از قبیل گریه زیاد، خُلق اندوهگین<sup>۲</sup> و غمگینی کلی، علائمی هستند که اغلب مردم آنها را به عنوان افسردگی می‌پندارند.

۲ - علائم شناختی<sup>۳</sup> که شامل خود انتقادی شدید<sup>۴</sup> و خودسنجی پائین<sup>۵</sup> می‌باشند و در آن شخص، خودش را به خاطر هر چیزی سرزنش کرده، مکرراً درباره شکستها و کمبودهای فردی به فکر فرو می‌رود. بِک، راش، شو و امری<sup>۶</sup> (۱۹۷۶) درمان این جنبه از افسردگی را کاملاً شرح داده و اظهار داشته‌اند که افسردگی ناشی از دید منفی فرد نسبت به خود، دنیا و آینده می‌باشد.

۳ - علائم رفتاری<sup>۷</sup> از قبیل انگیزش سطح پایین، اجتناب، کناره‌گیری و انرژی پائین

---

1. Emotional symptoms

2. Dejected mood

3. Cognitive symptoms

4. Excessive self-criticism

5. Low self-evaluation

6. Beck, Ruch, Shaw, Emery

7. Behavioral symptoms

می باشد که در این حالات، فرد حتی به انجام رساندن کارهای ساده را بسیار دشوار می یابد و گاهی به همین دلیل مدتهای مدیدی در خانه و حتی در رختخواب باقی می ماند.

۴ - علایم جسمانی<sup>۱</sup> شامل اختلال خواب، نداشتن اشتها و بی میلی نسبت به مسایل جنسی می باشد، به طوری که ممکن است، شخص، بیشتر اوقات در خواب باشد. یا خیلی کم بخوابد و یا ممکن است بسیار زیاد یا بسیار کم غذا بخورد. به هر حال نکته مهم این است که الگوی معمولی رفتار، مختل می گردد.

گرچه هیچ درمانجویی، تمامی و یا اغلب این علایم را نشان نمی دهد، اما ممکن است بیش از یک نشانه را از خود نشان دهد. بنابراین، بسیار حایز اهمیت است که به دقت به علایمی که درمانجو دارد، نگریسته و در صورت لزوم، برنامه درمانی چند جانبه در پیش گرفته شود.

### افسردگی زیست - شیمیایی<sup>۲</sup>

افسردگی می تواند دربرگیرنده اختلالات در تفکر، خلق، رفتار و زیستی - شیمیایی گردد. میزان دخالت هر یک از این عوامل از فردی به فرد دیگر، متغیر است. برای فردی، اختلالات زیستی - شیمیایی مهمتر بوده و برای فرد دیگر، عوامل روان شناختی اهمیت بیشتری دارد. درمانجویانی که مبتلا به افسردگی دوقطبی (بیماری شیدائی - افسردگی)<sup>۳</sup> هستند و بیشتر درمانجویانی که به افسردگی یک قطبی زیستی - شیمیایی مبتلا هستند، هر دو گروه نیازمند درمانند. بنابراین، سنجش عوامل زیستی - شیمیایی برای کلیه درمانجویانی که مبتلا به بیماری افسردگی هستند بایستی به عمل آید.

اگر درمانجوئی شدیداً گرفتار افسردگی شده و یکی از علائم جسمانی افسردگی را از خود نشان دهد و یا تمایل به خودکشی داشته باشد اهمیت دارد که به روان پزشک ارجاع داده شود تا روشن شود نیاز به مداوا دارد یا خیر. بعضی از علائم جسمانی که

1. Physical symptoms

2. Biochemical depression

3. Manic-depressive illness

معمولاً روانپزشکان آنها را علائم نباتی و یا شاخص عدم تعادل بیوشیمی می نامند عبارتند از: زود بیدار شدن در صبح، از دست دادن اشتها و تغییر در زیست مایه (لی بیدو)<sup>۱</sup> و خستگی مفرط. علائم و نشانه های دیگری که به عنوان اساس جسمانی افسردگی، بکار برده شده اند عبارتند از: بی قراری، «تغییر خلق روزانه» و به عبارت دیگر، بدتر شدن علائم و نشانه ها هنگام صبح، افزایش اشتها، اختلال تمرکز، سابقه افسردگی در خانواده. علائم دیگر عدم تعادل زیست شیمیایی شامل افسردگی دوقطبی و افسردگی شدید در نبود حادثه آشکار ساز<sup>۲</sup> هستند. علاوه بر این، بعضی از آزمونهای زیستی شیمیایی (یعنی آزمون بازدارنده دگزامتازون و آزمون رهاکننده هورمون تروتروپین<sup>۳</sup>) برای تشخیص زیرگروه های زیست شیمیایی افسردگی به کار گرفته می شوند (گلد، پوتاش، ایکستین و سونی<sup>۴</sup> ۱۹۸۱).

## افسردگی روان شناختی

### افسردگی واکنشی<sup>۵</sup>

چندین نوع افسردگی روان شناختی وجود دارد. افسردگی واکنشی، اصطلاح رایجی است که به آن نوع افسردگی که در پاسخ به ناامیدی صورت می گیرد اطلاق می شود. ولی بعضی از نظریه پردازان مثل ایلس<sup>۶</sup> (۱۹۶۲) بین غمگینی و افسردگی فرق می گذارند. غمگینی انطباقی و سازگارانه است چرا که فرد را تحریک می کند تا کار سازنده ای را در مورد موقعیت انجام دهد. از طرف دیگر، افسردگی ناسازگارانه است چرا که معمولاً منجر به کناره گیری و بی تحرکی می گردد. طبق نظر ایلس، نگرشها و عقاید

1. Libido

2. Precipitating event

3. The dexamethasone suppression test and the throtropin releasing hormone test

4. Gold, pottash, Extein and sweeney

5. Reactive depression

6. Ellis

خودستیز باعث می‌شوند که شخص احساس افسردگی نماید که این حالت درست عکس غمگینی است که در مورد شکست، ناامیدی و طرد رخ می‌دهد. غالباً با این موضع موافق هستیم و عقیده داریم که شناختها یا مستقیماً باعث افسردگی می‌شوند و یا با توانایی فرد در غلبه به افسردگی در تعارض هستند. بک<sup>۱</sup> و همکارانش دلیل قانع کننده‌ای را ارائه داده‌اند که نشان می‌دهد چه شناختها باعث افسردگی بشوند یا نشوند، راهبردهای رفتاری - شناختی، گاهی برابر با داروی ضد افسردگی و گاهی بیشتر از آن در درمان افسردگی مؤثر هستند (بک، هالون، یانگ و بدروسی<sup>۲</sup> ۱۹۸۵؛ بلک برن، بی شاپ گلن، والی و کریستی<sup>۳</sup> ۱۹۷۹، دان<sup>۴</sup> ۱۹۷۹، راش، بک، کوواکس و هالون<sup>۵</sup> ۱۹۷۷). فولر<sup>۶</sup> (۱۹۸۱) دریافت که در درمان افسردگی ادغام هیپنوتیسم با شیوه‌های بازسازی شناختی حتی گاهی بیشتر از تکنیکهای شناختی و هیپنوتیسمی محض، مؤثر بوده است. صرف‌نظر از جهت‌گیری نظری فرد، اولین راهبرد در درمان هر نوع افسردگی و یا غمگینی، تحریک درمانجو به کار سازنده است. هم‌چنین مهم و گاهی ضروری است که به درمانجویان کمک کنیم تا عقاید و نگرشهای ناسازگارانه و سبکهای شناختی خود را تغییر دهند. تعدادی از الگوهای فکری مربوط به افسردگی قابل تشخیص هستند. این‌گونه الگوها براساس این که آیا شامل سرزنش خود و یا نومییدی و یا ترحم به خود می‌شوند یا نه می‌توانند طبقه‌بندی گردند.

### سرزنش خود<sup>۷</sup>

سرزنش خود منجر به احساس بی‌کفایتی، بی‌ارزشی و احساس گناه می‌شود. افرادی که احساس گناه می‌کنند خودشان را به‌خاطر کار اشتباهی که می‌کنند تحت عناوینی چون «بد» و «بی‌ارزش» سرزنش می‌کنند. در واقع ممکن است اشتباهی هم

1. Beck

2. Beck, Hollon, young, Bedrosein

3. Bleck burn, Bishop, Glen, Walley, Christie

4. Doun

5. Rush, Beck, Kavacs and Hollon

6. Fuller

7. Self-Condernnation

نکرده باشند و این تنها می‌تواند عقیده اشتباه آنها و یا عقیده کس دیگری باشد. کسانی که از احساس بی‌کفایتی رنج می‌برند ممکن است احساس بی‌ارزشی هم بکنند. این‌گونه افراد، خودشان را به خاطر اشتباهی که مرتکب می‌شوند و یا به خاطر شکستشان درکاری و یا به خاطر رد شدنشان تحت عناوینی چون بی‌کفایت و نالایق سرزنش می‌کنند. در این حالت، این تنها شکست و یا طرد شدن نیست که باعث می‌شود فرد احساس افسردگی کند بلکه فقدان عزت نفس نیز بخاطر سرزنش کردن خود باعث می‌شود که فرد احساس بی‌کفایتی<sup>۱</sup> و یا بی‌ارزشی کند.

### نومیدی<sup>۲</sup>

افراد زمانی که فکر می‌کنند درمانده و نومید هستند افسرده می‌شوند. این‌گونه عقاید، مثال خوبی است از این‌که چگونه افکار منفی می‌توانند شبیه به هیپنوتیسم بوده و یا شبیه چیزی باشند که در فصول پیش از آن به عنوان خود هیپنوتیسم منفی یاد شد (آراز ۱۹۸۱). این فکر که فرد، درمانده و نومید است یک پیشگوئی تحقق‌یافته<sup>۳</sup> بسیار قوی به حساب می‌آید. وقتی انسانها فکر کنند که درمانده بوده و هر چیزی نومیدکننده است در این صورت طبق باورهایشان عمل می‌نمایند. این‌گونه افراد با درماندگی عمل نموده و سرانجام افراد از تلاش دست برمی‌دارند و تسلیم می‌شوند. وقتی که این‌گونه از تلاش دست می‌کشند البته احتمال کمتری وجود دارد که اوضاع آنها بهبود یافته و برای افسردگی آنها، دلایل زیادی وجود دارد.

### ترحم به خود<sup>۴</sup>

گرچه وقتی کسی از بدبختی و بیچارگی و یا از فقدان رنج می‌برد احساس غمگینی کردن، طبیعی و عادی است ولی ترحم به خود چون نهایتاً منجر به افسردگی می‌شود ناسازگارانه به حساب می‌آید. افسردگی نوعی عامل بی‌حرکتی است که باعث می‌شود

1. Inadequate

2. Hoplessness

3. Self-Fulfilling prophecy

4. Self-Pity

فرد بسختی موقعیت خود را عوض کرده و یا رضامندیهای دیگری پیدا کند. ترحم به خود معمولاً از «بزرگنمایی» اصطلاحی که توسط بک (۱۹۷۶) بکار رفته یا الیس (۱۹۶۲) آن را تحت عنوان «فاجعه پردازی» دربارهٔ درماندگی خود نامیده است، نشأت می‌گیرد. فاجعه پردازی و بزرگنمایی شامل دلمشغولی و اغراق در مورد اهمیت مشکل، می‌باشد. افسردگی زمانی رخ می‌دهد که شخص با نومیدی و فقدان و یا طرد طوری برخورد کند که گوئی فاجعه است. گرچه این رویدادها در واقع ناخوشایند و نامطلوب هستند ولی افراد زمانی، افسرده می‌شوند که وسعت نظرشان را از دست داده و این‌گونه رویدادها را فجایعی غیر قابل تحمل و وحشتناک بپندارند. این‌گونه افراد اغلب در مورد بیعدالتی زندگی، عصبانی و افسرده بوده و خودشان را قربانی حس می‌کنند. درمانجویانی که از ترحم به خود رنج می‌برند می‌توانند از عباراتی چون «چرا من» و نگرشی مانند «من بیچاره» شناسایی شوند. این‌گونه افراد بجای پرداختن به کار سازنده برای اصلاح وضعیت خود، به‌صورت افرادی انفعالی درآمده و غرق دل سوزاندن به خود می‌شوند.

### تشخیص و سنجش افسردگی

این نوع طبقه‌بندی که افسردگی را نشأت گرفته از عوامل زیستی - شیمیایی و یا روان‌شناختی از قبیل سرزنش خود، نومیدی و درماندگی و یا ترحم به خود می‌داند از لحاظ بالینی مفیدترین راه تمایز بین انواع مختلف افسردگی محسوب می‌شود. اقدامات اختصاصی می‌تواند براساس تشخیص بکار برده شود: مثلاً برای آن‌دسته از درمانجویانی که از خود، علائم عدم تعادل زیستی - شیمیایی را نشان می‌دهند، مداوا و درمان رفتاری - شناختی، و برای درمانجویانی که علائم و نشانه‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهند، ترکیبی از هیپنوتیسم درمانی و بازسازی شناختی، به کار برده می‌شود. اقدامات خودسنجی افسردگی می‌توانند برای تعیین میزان افسردگی مورد استفاده قرار گیرند. نویسندگان [کتاب حاضر] پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> (به بک و دیگران ۱۹۷۹ نگاه کنید)



و مقیاس نومییدی<sup>۱</sup> که توسط بک، ویسمن، لستر و ترکسلر (۱۹۷۴) تهیه شده را برای سنجش میزان افسردگی بسیار مفید یافته‌اند. مقیاس نومییدی از پرسشنامه افسردگی بک در پیش‌بینی اقدامات خودکشی بهتر بوده و به نظر می‌رسد نوع متفاوتی از افسردگی را که توسط پرسشنامه افسردگی بک ارزیابی می‌شود اندازه می‌گیرد. پرسشنامه افسردگی بک پس از سؤالاتی در مورد سرزنش خود و تحقیر خود است در حالی که مقیاس نومییدی آن چه را که قبلاً از آنها تحت عنوان نومییدی و درماندگی نام بردیم مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به عنوان مثال ماده آزمونه‌ای<sup>۲</sup> پرسشنامه افسردگی بک شامل این جملات است: «احساس می‌کنم یک شکست خورده کامل هستم». «همیشه احساس گناه می‌کنم». «احساس می‌کنم دارم مجازات می‌شوم» «از خودم متنفرم» و خودم را به خاطر هرچیز بدی که رخ می‌دهد سرزنش می‌کنم «فکر می‌کنم که زشت به نظر می‌رسم». پرسشنامه افسردگی بک یک سؤال دارد که به نومییدی مربوط می‌شود و آن عبارت است از این جمله که «احساس می‌کنم آینده، نومیدکننده است و اوضاع نمی‌تواند بهتر شود»، در حالی که مقیاس نومییدی ماده آزمونه‌ایی چون «ممکن است تسلیم شوم چرا که هیچ کاری برای بهتر کردن اوضاع خودم نمی‌توانم انجام دهم». «انتظار ندارم به آن چیزی که واقعاً می‌خواهم دست یابم». «احتمال بسیار کمی وجود دارد که بتوانم در آینده به گونه‌ای رضایت واقعی برسم» «آینده برای من تاریک به نظر می‌رسد» را شامل می‌شود. به‌طور خلاصه، انواع مختلف افسردگی روان‌شناختی که از انواع مختلف افکار نشأت می‌گیرند عبارتند از: الف) شناخت‌هایی که شامل سرزنش خود و تحقیر خود شده و از آن نوع افسردگی ناشی می‌گردند که توسط پرسشنامه افسردگی بک بهتر مورد سنجش قرار می‌گیرند ب) شناخت‌هایی که در مورد آینده و توانایی فرد در تغییر افسردگی هستند، از آن نوع افسردگی نشأت می‌گیرند که توسط مقیاس افسردگی سنجیده می‌شوند ج) شناخت‌هایی که شامل دل سوزاندن به خود بوده و تاکنون هیچ‌گونه وسیله سنجشی نداشته است.

درمانجوی فرضی می‌تواند ترکیبی از انواع مختلف افسردگی روان‌شناختی را دارا

باشد. ولی مزیت طبقه‌بندی افسردگی درمانجو به دسته‌های متمایز فوق این است که این عمل، تلقینات هیپنوتیسمی را در جهت تغییر عقاید و نگرشهایی که باعث افسردگی می‌شوند امکان‌پذیر می‌سازد. همان‌طوری که نشان داده خواهد شد، هیپنوتیسم علاوه بر ایجاد نشانه‌رهایی از افسردگی، به‌عنوان یک شیوه بازسازی - شناختی نیز دارای ارزش است.

از هیپنوتیسم می‌توان به چند طریق برای کاهش افسردگی استفاده کرد که عبارتند از: الف) با ایجاد انگیزه و تقویت درمانجویانی که در صورت نبودن انگیزه گرفتار افسردگی و سستی خواهند شد آنها را به فعالیت‌های سازنده و لذت‌آور مشغول سازد ب) با کاهش اضطراب هراسی<sup>۱</sup> که درمانجویان را از تعقیب اهدافشان منع کرده، کنش متقابل اجتماعی<sup>۲</sup>شان را محدود و یا آنها را از لذت‌های دیگر زندگی منع می‌نماید، به آنها کمک کند ج) و بالاخره هیپنوتیسم می‌تواند به‌عنوان روش بازسازی - شناختی مورد استفاده قرار گیرد که توسط آن عقاید و نگرش‌های ناسازگارانه و الگوی فکری که به افسردگی کمک می‌کند، تغییر یابند.

علی‌رغم اشتیاقی که در مورد استفاده از هیپنوتیسم در درمان افسردگی داریم ولی با این وجود، احتیاط را توصیه می‌کنیم. از آن جایی که شیوه‌های تن‌آرامی باعث ایجاد حالات انگیزشی سطح پایین می‌شوند و افسردگی هم یک نوع انگیزشی سطح پایین محسوب می‌شود بنابراین استفاده نادرست از هیپنوتیسم و تکنیکهای تن‌آرامی باعث می‌شود که درمانجو افسردگی بیشتری را احساس نماید. با وجود این، درمانجویانی که مبتلا به فوبی (هراس) بوده و یا به ترکیبی از اضطراب و افسردگی دچارند می‌توانند از شیوه‌های تن‌آرامی بهره‌مند گردند.

گرچه معمولاً هیپنوتیسم متضمن تلقین حالت تن‌آرامی است ولی می‌تواند برای ایجاد حالت نیروبخش نیز قابل استفاده باشد. هیپنوتیسم هشپاری<sup>۳</sup>؛ هم در زمینه روان‌شناسی ورزش و هم در زمینه درمان افسردگی کاربرد دارد (به‌گلدن، فریدبرگ و

1. Phobic anxiety

2. Social interaction

3. Alert Hypnosis

ریچمن<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) نگاه کنید). بعداً در این فصل، مطالب بیشتری در مورد هیپنوتیسم هشیاری گفته خواهد شد.

برای آن دسته از درمانجویانی که توأماً دچار افسردگی و اضطراب هستند راهبرد زیر را پیشنهاد می‌کنیم. نخست به درمانجویان یاد بدهید تا بین اضطراب و افسردگی فرق قائل شوند. در ابتدا بسیاری از درمانجویان صرفاً می‌دانند که احساس «بدی» دارند چرا که یاد نگرفته‌اند تا برای انواع مختلف حالات عاطفی که بدان دچار می‌شوند. نامگذاری درستی پیدا کنند. تمایز ساده اغلب بدین شکل بیان می‌شود «وقتی بدنتان کلاً تحت فشار باشد احساس اضطراب خواهید کرد و اگر احساس غم بکنید و در لذت بردن از فعالیت‌هایی که قبلاً از انجام آن لذت می‌بردید ناتوان باشید و یا اگر چنان احساس خستگی بکنید که دوست نداشته باشید کاری را انجام دهید در این صورت، احتمالاً افسرده هستید». وقتی که درمانجو، این تمایز را فهمید، به او توصیه می‌شود تا شیوه‌های تن‌آرامی هیپنوتیسمی را موقع اضطراب نه در موقع افسردگی به کار ببرد. در عوض، موقع افسردگی به درمانجو پیشنهاد می‌شود که خودش را با مشغول کردن به فعالیت‌های سازنده و لذت‌آور و یا توسط بکارگیری هیپنوتیسم هشیاری، فعال سازد.

### هیپنوتیسم هشیاری

معمولاً هیپنوتیسم به عنوان حالت تن‌آرامی و یا خواب‌آلودگی تصور می‌شود ولی هیپنوتیسم می‌تواند حالت پرتوان و فعالی را ایجاد نماید. در پژوهشی که توسط هیلگارد (بانی<sup>۲</sup> و هیلگارد<sup>۳</sup> ۱۹۷۶)، به عمل آمد به آزمونه‌های هیپنوتیسمی، تلقینات هشیاری داده شد که بعد از آن، آزمودنی‌ها عملکردشان را روی دوچرخه ثابتی در سطحی بالاتر از سطوح غیرهیپنوتیسمی خود افزایش دادند. هیلگارد چنین اظهار داشته که دوندگان مسیرهای طولانی که «نسیم ثانوی»<sup>۴</sup> را تجربه می‌کنند ممکن است نوعی هیپنوتیسم

1. Golden, Friedberg and Richman

2. Bany

3. Hilgard

4. Second wind

هشیاری را برای پرتوان کردن خودشان، استفاده کنند. ما هیپنوتیسم هشیاری را هم برای درمان افسردگی و هم برای روانشناسی ورزش بکار برده ایم. کاربرد هیپنوتیسم هشیاری در روانشناسی ورزش به عنوان ابزاری برای افزایش توانایی و تحمل و سرعت ورزشکاران است. همان طوری که قبلاً اشاره شد، آن دسته از شیوه های هیپنوتیسمی که باعث حالت تن آرامی می شوند. می توانند حالت انگیزتگی سطح پایین قبلی را کاهش داده و افسردگی را شدت بخشند. در درمان افسردگی، هیپنوتیسم هشیاری به عنوان یک شیوه تلقین، ارزش دارد که شامل تن آرامی عمیق نمی شود. در عوض، تلقینات و تخیلات نیروبخش برای بالابردن سطح انگیزتگی آن دسته از درمانجویانی که مبتلا به خستگی مزمن هستند به کار می روند.

نمونه ای از شناوری دست را که می تواند در مورد درمانجویان افسرده، به عنوان شیوه تلقین هیپنوتیسم هشیاری بکار برده شود، ارائه خواهیم داد. اگر درمانجو، نسبت به تلقینات شناوری دست، پاسخدهی ندارد شیوه خود را با دستور بسته شدن چشمهای درمانجو، تغییر داده و به وسیله پاراگراف دوم، تلقین را شروع کنید که دربرگیرنده تخیلات و تلقینات تقویت کننده است. بعضی از درمانجویان، تصویر ذهنی نیروبخش را که برای اهداف خاصی انتخاب شده اند، نمی پسندند. در این حالت از درمانجو بخواهید تا در ساختن تصویر ذهنی مناسب با شما همکاری نماید. به عنوان مثال، یکی از درمانجویان، تصویر شناکردن خود را بسیار قویتر از تصویر قدم زدن در جنگل، دانست. درمانجوی دیگری، تصویر قدم زدن در جنگل را اضطراب زاء دانست. او در نیویورک سیتی زندگی می کرد و تنها جنگلی که می توانست تصور کند پارک محلی آنجا بود که امکان داشت در آنجا کتک خورده و یا مورد تجاوز قرار گرفته و یا کشته شود. در مورد آن شخص بجای تصویر ذهنی فوق، تصویر ذهنی آهسته دویدن در ساحل بکار برده شد.

موقع تلقین هیپنوتیسم هشیاری، سعی کنید که به طور سرزنده صحبت کنید و با صدای آرامی که برای ایجاد حالت تن آرامی به کار برده می شود صحبت نکنید. بیاد داشته باشید که هدف، توان بخشیدن به درمانجو است. تدریجاً آهنگ صدای خود را تغییر دهید. این تغییر را زمانی انجام دهید که دارید در مورد جزئیات آن چه که درمانجو باید در حین مشغول شدن به فعالیت تجربه نماید، توضیح می دهید.

«چشمانتان را بسته بگذارید هریک از دستهای شما به آرامی روی پاهایتان قرار بگیرند. چیزی را در نظر مجسم کنید که یکی از دستهایتان را سبک می‌کند مثل بالونهای هلیومی که به انگشتان یکی از دستهایتان چسبیده... از هرگونه احساسهایی که در دست‌تان بروز می‌کند با خبر شوید... به اختلاف دو دستتان توجه کنید. دقت کنید که چگونه یکی از دستهایتان نسبت به دست دیگر احساس سبکی می‌کند... احساس کنید که سبکی دارد در سراسر دستتان پخش می‌شود و به بازویتان می‌رسد. دستتان لحظه به لحظه دارد سبکتر می‌شود و بیشتر از دست و بازوی دیگران سبکتر می‌شود... بزودی چنان احساس سبکی خواهید کرد که دستتان شروع به بلندشدن خواهد کرد و چنان احساس سبکی خواهد کرد که حالت شناوری بخود خواهد گرفت. وقتی دست و بازوی‌تان شناور گردند در این صورت تمام بدن‌تان احساس راحتی و تن‌آرامی گسترش خواهد یافت. وقتی دستتان بلند شد، احساس خوشی زیادتری در تمام بدن‌تان خواهید کرد. می‌توانید اطمینان داشته باشید که قادرید احساسات خود را کنترل کنید و اگر بتوانید احساسهای ساده‌ای چون احساس سبکی را کنترل کنید قادر خواهید بود احساسهای دیگر را هم کنترل کنید.

«حالا تصور کنید که در یک روز خوب و گرم و قشنگ بهاری دارید در جنگل قدم می‌زنید. آسمان صاف و آبی و هوا تمیز و خوب است. برگها هنوز روی درختان هستند گلها کاملاً شکوفا شده‌اند و شما بوی خوش آنها را استشمام می‌کنید. نسیم تازه و فرح‌بخشی دارد به سر و سینه شما می‌وزد و از گرمای آفتاب که باعث راحتی شما می‌شود بهره می‌برید. دارید در راهی قدم برمی‌دارید که شما را به داخل جنگل هدایت می‌کند و شما می‌توانید صدای پرندگانی را که دارند در بالای درختان آواز می‌خوانند، شنیده و سنجابه‌های راه‌راهی را که همگی با سرحالی به این طرف و آن طرف می‌دوند، مشاهده کنید. صدای جویبار خروشان را که در طول راهتان در جریان است، می‌شنوید. شنیدن صدای خروشان جویبار بسیار فرح‌بخش است و شما سرعت گامهایتان را بیشتر می‌کنید و شروع به حرکت نسبتاً تندی کرده و احساس خوشی می‌کنید. احساس می‌کنید تمام بدن‌تان شروع به زنده شدن کرده است و انرژی در سراسر بدن‌تان گسترش می‌یابد تا به دست و بازوی‌تان می‌رسد.

هر بار که نفس فرو می‌دهید احساس نیروی بیشتری می‌کنید. احساس می‌کنید قلبتان دارد قویتر به ضربان خود ادامه می‌دهد و انرژی را در سراسر بدنتان پخش می‌کند. قدم زدن در هوای آزاد در این حالت و تماشای طبیعت اطراف و تنفس هوای لطیف و صاف بسیار فرح‌بخش و انرژی‌زا است. تصور کنید که این احساس را به مدت طولانی خواهید داشت و هر وقت که نیاز به آرامش و پیشرفت داشتید نهایت کاری که باید بکنید این است که در مورد این گردش فکر کردن و آنچه را که خواهید دید و یا خواهید شنید و یا احساس خواهید کرد در ذهن خود مجسم کنید و بدین ترتیب، احساس نشاط و انرژی بیشتری خواهید نمود و احساس خواهید کرد که مایلید کاری انجام دهید و فعالتر باشید.»

### فرا فکنی زمان<sup>۱</sup>

اشخاص افسرده نوعاً نبود انرژی و فقدان لذت را تجربه کرده و از فعالیت دست می‌کشند. صرف نظر از این که فقدان فعالیت و لذت آن‌طوری که بعضی از نظریه‌پردازان (فرستر<sup>۲</sup> ۱۹۷۳، لوینسون<sup>۳</sup> ۱۹۷۴) اظهار می‌کنند باعث افسردگی شده و یا نتیجه افسردگی هستند، هنگام افسردگی، به محض کناره‌گیری شخص افسرده از فعالیت سازنده و لذت‌آور، دور باطلی<sup>۴</sup> به وجود می‌آید. یکی از طرق شکستن این دور باطل، تشویق درمانجو به مبارزه با افسردگی توسط افزایش فعالیت اوست. با این حال، بعضی از اشخاص افسرده، اغلب اعتراض می‌کنند که هیچ چیز آنها را خوشحال نمی‌سازد و یا این که افسرده‌تر از آنی هستند که کاری را بکنند. استفاده از هیپنوتیسم هشیاری نظیر آن چه که قبلاً شرح داده شد می‌تواند بسیاری از اشخاص افسرده را به اندازه کافی طوری تقویت کند که سطح فعالیت‌شان افزایش پیدا کند. روش مشابهی که می‌تواند حداقل به‌طور موقت سطح انرژی و وضعیت روحی آنها را برای وادار کردن به کار و فعالیت

1. Time projection

2. Ferster

3. Lewinsohn

4. Vicious Circle

افزایش دهد، تکنیک فرافکنی زمان لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۶۸) می‌باشد.

فرافکنی زمان، نوعی شیوه تصویر ذهنی است که در آن به درمانجوی افسرده یاد داده می‌شود تا خودش را در آینده‌ای تصور کند که دارد با گذشت زمان، فعالتر و خوشحالت‌تر شده و از زندگی لذت می‌برد. وقتی که قبل از فرافکنی زمان تلقین هیپنوتیسمی به کار می‌رود، تلقینات و تصویرهای ذهنی نیروبخش از قبیل شیوه هیپنوتیسم هشیاری که قبلاً شرح داده شد مناسب خواهد بود.

اولین قدم این است که از درمانجو بخواهیم صورت فعالیتها و تجاربی را که همیشه برایش لذت بخش است. و یا تجارب و فعالیتهایی را که درمانجو قبل از افسردگی، استفاده می‌کرده ارائه دهد. این تجارب لذت‌آور می‌تواند چیزهای بسیار ساده‌ای باشد که شخص اغلب آنها را فرض مسلم می‌داند، تجاربی از قبیل آب تنی در هوای گرم، کتاب، و یا روزنامه و یا تلویزیون یا فیلم سینمایی (البته نه از نوع غم‌انگیز آن) و چیزهای دیگری که در صورت فوق می‌تواند گنجانده شود عبارتند از تماشای غروب آفتاب و صحبت کردن با یک دوست و فعالیت‌های جسمی نظیر دوچرخه‌سواری، قدم‌زنی و خوردن غذای دلخواه و رفتن به موزه و رفتن به مهمانی را می‌تواند شامل شود.

فرافکنی زمان ممکن است بعد از تلقین هیپنوتیسمی و یا ممکن است به تنهایی به عنوان شیوه تلقین نیروبخش مورد استفاده قرار گیرد. از درمانجو خواسته می‌شود که خودش را تدریجاً در آینده‌ای تصور کند که در انواع مختلف کارهای لذت‌آور غرق است. در سراسر این تصویر ذهنی درمانگر تلقیناتی را می‌دهد که درمانجو مثلاً دارد از این فعالیتها لذت برده و احساس بهتری می‌کند طوری که در واقعیت نیز تمایل خواهد داشت تا آنها را تجربه نماید. نوار ضبط صوت این شیوه می‌تواند برای درمانجو جهت گوش دادن به آنها در خانه، تهیه گردد. یا اینکه به درمانجو می‌توان یاد داد که چگونه فرافکنی زمان را به عنوان شیوه خود هیپنوتیسمی و یا هر دو شیوه را توأم با بکار ببرد.

مری<sup>۲</sup> که شدیداً به افسردگی مبتلا بود، استفاده از فرافکنی زمان را مفید یافت. او احساس بی‌کفایتی می‌کرد چرا که در سن ۳۵ سالگی مجرد مانده و زیبا و جذاب نبود و

به همین خاطر امیدنداشت بتواند ازدواج کند. او هم چنین احساس می‌کرد که بدون ازدواج، توانائی لذت بردن از زندگی را نخواهد داشت و تهدید کرده بود که اگر تا سن ۳۶ سالگی نتواند کسی را برای ازدواج پیدا کند خودکشی خواهد کرد. برنامه درمانی او شامل استفاده از داروی ضدافسردگی و درمان شناختی می‌شد. ولی هیچ‌یک از این شیوه‌های درمانی در کاهش افسردگی او برای بهبود وضعیت‌اش درخصوص کنترل افکار خودکشی، موفقیت‌آمیز نبودند. او در تخت‌خواب در حال گریه و زاری باقی می‌ماند و بعضی اوقات با عصبانیت جیغ می‌کشید و سرش را به دیوار می‌کوبید. مری برای درمان خود، درخواست هیپنوتیسم کرد که عقیده داشت آخرین وسیله می‌باشد. درمانگر (ویلیام گلدن) تصمیم گرفت که اولین اقدام بایستی در جهت فعال کردن و تقویت وی، مورد استفاده قرار گیرد. ابتدا مری اصرار کرد که چیزی جز ازدواج و بچه‌دار شدن نمی‌تواند او را خوشحال سازد. ولی سابقه زندگی‌اش نشان می‌داد وقتی جوانتر بوده از نقاشی کردن لذت می‌برده است و نیز معلوم شد که از مسافرت کردن به مناطق ییلاقی و شنا نیز لذت می‌برده است. تلقین هیپنوتیسم هشپاری و فرافکنی زمان به شکل زیر مورد استفاده قرار گرفت.

«آیا به خاطر می‌آورید که قبلاً برای شنا به مناطق ییلاقی می‌رفتید؟ (درمانجو پاسخ می‌دهد بله) آیا به خاطر می‌آورید که چه احساسی داشتید؟ (درمانجو سرش را به نشانه پاسخ مثبت تکان می‌دهد) شما می‌توانید چشمان خود را بسته و زمانی را که به شنا می‌رفتید به خاطر بیاورید. ایستادن در کنار دریاچه و احساس نسیم تازه و خنک و نیز هوای صاف و تازه آن منطقه را به خاطر بیاورید.

و حالا می‌توانید تصور کنید که در خانه‌اید و در یکی از روزهای این هفته روی سه‌پایه نشسته و شروع به نقاشی می‌کنید. در این حالت احساس انبساط به شما دست داده و هر حرکتی که می‌کنید با نشاط است. تصور کنید که دارید منظره دلخواهتان را نقاشی می‌کنید. خودتان را در آن صحنه که منظره‌ای ییلاقی است تجسم نموده و از آن لذت ببرید.

و حالا تصور کنید مردم دارند برای تحسین استعداد و توانائی و کار شما به سوی شما می‌آیند و از این کار خوش‌تان می‌آید ولی متعجب نمی‌شوید چرا که



وضع برایتان همیشه این طوری است. درست مثل این که در گذشته این ها را تجربه کرده باشید و مردم به سوی شما دویده باشند و در مورد کارتان و چیزهای دیگر صحبت کرده باشند. تصور کنید که چند نفر از مردان نزدیکتان آمده و وقت خود را با شما سپری می کنند و بسیار علاقمند به نظر می رسند و شما احساس خوشی می کنید و در مورد خودتان، آینده و زندگی تان بیشتر امیدوار هستید.

و همان طوری که این کار را هم اکنون تجربه می کنید در آینده نیز می توانید تجربه کنید. هر وقت که احساس دلتنگی می کنید و یا در بیرون آمدن از رختخواب مشکل دارید، فقط نوار مربوط به این جلسه را گوش دهید. ضبط صوت را کنار رختخواب نگه دارید تا برای روشن کردن آن نیاز به خم شدن و یا تلاش زیاد نباشد. راحت در رختخواب دراز کشیده و به نوار هیپنوتیسم گوش دهید و در مورد توانائی خود در تجربه شادی و نسبت به آینده امیدوار باشید و بعد می توانید چشم تان را باز کرده و احساس بیداری و نشاط کنید.»

مری در سطح انرژی و حالت روحی، احساس انبساط خاطری فوری را گزارش نمود. نوارهای مشابه ای، تهیه شدند و به او یاد داده شد که چطور حالت نیروبخشی را به صورت خود هیپنوتیسمی در خودش ایجاد نماید. مری بسیار فعالتر شده در حال رهاشدن از افسردگی بود. هیپنوتیسم هشیاری و فرافکنی زمان به اندازه کافی حالت روحی او را بهبود بخشیده و به اندازه کافی مری را برای واداشتن به کار، تقویت کردند. بعد از گزارش نشانه های رهائی از افسردگی، مری نسبت به شیوه های ناموفق قبلی بازسازی شناختی بیشتر پذیرا شد. در واقع، پاسخدهی او به درمان، غیر معمول نیست. چرا که دریافتیم در درمان افسردگی، بهترین نتایج زمانی به دست می آیند که اقدامات درمانی اولیه روی درمانجویان برای افزایش سطوح فعالیت آنها متمرکز شده باشند. بنابراین، بعد از به دست آمدن نشانه های رهائی شیوه های بازسازی شناختی بیشتر مؤثر هستند.

در راستای این دیدگاه، پژوهشی وجود دارد که توسط یکی از نویسندگان گزارش شده که دریافت، درمان افسردگی، زمانی مؤثرتر است که تکنیکهای رفتاری دربرگیرنده استفاده از فعالیتهای سازنده و لذت آور، قبل از اقدامات شناختی بکار برده شوند (کلی،

داؤد و دافی<sup>۱</sup> (۱۹۸۳)

### هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی

زمانی که تکنیکهای تقویت‌کننده هیپنوتیسمی در نیروبخشیدن به درمانجو و در به‌وجود آوردن احساسات لذت‌آور مؤثر واقع شوند تکنیکهای بازسازی - شناختی می‌توانند به هیپنوتیسم درمانی اضافه شوند. هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی<sup>۲</sup> می‌تواند به دو مرحله اساسی تقسیم شود:

۱ - کشف یا شناسایی افکار و نگرشها و عقاید متناقض: به درمانجویان افسرده یاد داده می‌شود که چگونه افکار آنها نوعی خود هیپنوتیسم منفی به حساب آمده و به آنها نشان داده می‌شود که چگونه تلقینات منفی را که آنها به خودشان می‌دهند، شناسائی کنند.

۲ - بازسازی شناختی: در این مرحله، به درمانجویان یاد داده می‌شود که چگونه افکار مثبت را جایگزین افکار منفی و متناقض نمایند. به جای این‌ها از افکار و تلقینات سازنده استفاده کنند.

### تکنیکهای شناسائی<sup>۳</sup>

اولین قدم در هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی شناسائی آن‌دسته از عقاید و الگوهای فکری است که افسردگی درمانجو و یا حفظ افسردگی او را باعث می‌شوند. تکنیکهای زیر در این مورد سودمند بوده است.

### خود بازبینی<sup>۴</sup>

درمانجویان افسرده در شناسائی افکار ناسازگارانه خود، با دشواری چندانی روبه‌رو نخواهند بود. در حالت افسردگی، خود تلقینات منفی در قسمت جلویی ضمیر

1. Kelly, Dowd, Duffey

2. Cognitive-behavioral Hypnotherapy

3. Uncovering Techniques

4. Self-monitoring

ناخودآگاه قرار دارند. قبلاً این‌گونه الگوهای فکری منفی را به‌عنوان سرزنش خود، نوسیدی و دل‌سوزاندن به خود طبقه‌بندی کردیم. آموختن این‌گونه سیستم طبقه‌بندی به درمانجویان باعث می‌شود که آنها الگوهای فکری افسرده‌سازشان را براحتی مشخص کنند.

به درمانجویان آموزش داده می‌شود که هر وقت احساس افسردگی می‌کنند، آنچه را خودشان تلقین می‌کنند و یا آنچه را که به آن فکر می‌کنند بنویسند. به‌عنوان مثال بنویسند که «حالم خوب نیست» «هرگز خوشحال نخواهم بود» «وضع نوسیدی‌کننده است و ممکن است تسلیم بشوم و دست از تلاش بکشم».

### تصویر ذهنی فراخوان<sup>۱</sup>

با تلقین هیپنوتیسمی و یا بدون تلقین هیپنوتیسمی تصویر ذهنی می‌تواند برای فراخوانی افکار و خیال‌پردازیها و احساسات به‌کار برده شود. تصویر ذهنی، آگاهی درمانجو را زیاد کرده و او را قادر می‌سازد تا آن‌دسته از عقاید و نگرش‌ها و الگوهای فکری که درمانجویان نمی‌توانند توسط خود بازبینی مشخص نمایند، آنها را شناسایی کنند. تصویر ذهنی فراخوان برحسب توانایی آن در افزایش آگاهی درمانجو، به تلقین هیپنوتیسمی برگشت سنی شباهت زیادی دارد. درحالی‌که برگشت سنی برای بینش‌دهی به درمانجو توسط کشف گذشته دور صورت می‌گیرد، تصویر ذهنی فراخوان معمولاً برای کسب بینش درخصوص وقایع اخیر بکار برده می‌شود.

یکی از برتریهای تصویر ذهنی فراخوان برخودبازبینی این است که بعضی از درمانجویان افسرده، زمانی که برای درون‌نگری خود تلاش و تفکر می‌کنند در افکارشان مستغرق می‌شوند. برای این درمانجویان، خودبازبینی - حداقل در مراحل اولیه درمان - می‌تواند افسردگی را تشدید نماید. اگر درمانجو، واکنش معکوس داشته باشد در این صورت بهتر است درمانگران نتیجه تصویر ذهنی را با میزان درون‌نگری درمانجو که در حال رخ دادن بوده و یا ارائه شدن است سنجید. علاوه بر این، درمانجویان اغلب

هنگام بررسی افکار و احساساتشان، در تنهایی اطمینان و امنیت بیشتری احساس می‌کنند، تا در حضور دیگران.

تصویر ذهنی فراخوان در مورد آلیس<sup>۱</sup> فردی که از احساساتِ افسردگیِ خود، آگاه بوده ولی از دلایل آن باخبر نبود، به کار رفت. او نه گرایش به خودکشی داشت و نه این که افکار خودکشی گرایانه در گزارش خود می‌آورد. البته علائم و نشانه‌های زیست‌شناختی افسردگی (زیادروی در خواب و افزایش وزن) در او دیده می‌شد ولی با وجود این که از زمان مرگ شوهرش از پنج سال پیش، افسرده باقی مانده بود ولی از مداوا امتناع می‌کرد. یکی دیگر از دلایل افسردگی او فقدان جرأت بود. او به افراد دیگر اجازه می‌داد تا از او بهره بگیرند. به عنوان مثال، در محل کار، جایی که او پست مدیریت متوسطی داشت در برخورد با زیردستان مخصوصاً با مردی زیردست که به گونه‌ای ارباب‌آمیز با او برخورد می‌کرد، مشکل داشت. یکی دیگر از عوامل تشدیدکننده، بغیر از رفتن به سرکار این بود که وی فردی بی‌تحرك بود و برای لذت بردن از زندگی کاری نمی‌کرد.

هیپنوتیسم هشیاری و فرافکنی زمانی برای تقویت آلیس و واداشتن او به انجام کارهای لذت‌آور به کار رفتند. علی‌رغم این که آلیس به این شیوه‌ها در اداره پاسخدهی داشت اما شکوه می‌کرد که هنوز با وجود گوش دادن به نوارهای مربوطه در خانه برای انجام دادن کار خیلی افسرده است. بعد از تلقین هیپنوتیسمی مختصر شناوری دست، از آلیس خواسته شد تا خودش را در بعضی از موقعیتهای کاری که برایش ناراحت‌کننده بودند، تصور کند بعد از شیوه شناوری دست گفتگوی زیر بین درمانگر (ویلیام گلدن) و درمانجو اتفاق افتاد:

درمانگر: حالا تصور کن که در حین کار هستی و این چهارشنبه گذشته است که مشکل خود را در مورد جف<sup>۲</sup> به من گفتی. تصور کن که داری خطای او را گوشزد می‌کنی. و از او می‌خواهی که کارش را مجدداً انجام دهد. تصور کن که جف عصبانی شده و به شما می‌گوید که چطور احترامی برای عقیده شما قائل نیست. اکنون می‌توانی تمرکزتان را بر احساس و اندیشه‌ای که در حین تصور این خیال به تو دست می‌دهد متمرکز سازی.

(مکث) و حالا می‌توانی در افکار و احساسات با من سهیم باشی.

آلیس: حق با اوست. نمی‌دانم در مورد چه دارم صحبت می‌کنم. احساس گناه می‌کنم مثلاً احساس می‌کنم حق استفاده از قدرتم را در مورد فردی دیگر ندارم ولی می‌دانم این مسأله از کجا نشأت می‌گیرد. پدر و مادرم همیشه نسبت به افرادی که متجاوز بودند بدیده حقارت می‌نگریستند. آنها را افرادی بد می‌پنداشتند. حدس می‌زنم علت ازدواج من با شوهرم همین بوده است. شوهرم همیشه، فرد آرامی بود ولی همین مسأله باعث می‌شد که احساس کنم آدم «بدی» هستم. مغلوب کردن او برایم بسیار آسان بود او هرگز با من جنگ و دعوا نمی‌کرد ولی از پیروزی خودم لذتی احساس نمی‌کردم. همیشه از پیروزی خودم احساس گناه می‌کردم چرا که حق چنین کاری را نداشتم.

درمانگر: بسیار خوب. منشاء افسردگی شما را می‌دانم، فکر می‌کنم علت آن احساس گناه است. به این موضوع بازخواهیم گشت ولی حالا به صحنه‌ای که در دفترکار برایت رخ داده برمی‌گردیم. اکنون بگو ببینم بعد از این که جف پاسخ می‌دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟

آلیس: هیچ چیز، ساکت می‌شوم و چیزی نمی‌گویم به دفترم برمی‌گردم در حالی که احساس ناراحتی و تأسف می‌کنم.

درمانگر: وقتی به دفترکارت برمی‌گردی چه احساسی داری و چه فکر می‌کنی؟  
آلیس: از خود بیزار و متنفر می‌شوم! و به خاطر این ضعف، شایسته تحقیر هستم! من نباید به او اجازه دهم تا از این مسأله شانه خالی کند.

درمانگر: می‌توانم حدس بزنم که چرا این قدر افسرده هستی فکر می‌کنم بخاطر این است که نمی‌توانی پیروز شوی. اگر جرأت به خرج دهی، احساس گناه می‌کنی و اگر این کار را نکنی از خودتان بیزار و متنفر می‌شوی. لازم است در مورد حل این تعارض دست به کار شویم.

بعد از این، آلیس، قادر بود مستقلاً افکار افسردگی‌زای خود را بازبینی کند. خود بازبینی او معلوم ساخت که وی مرتباً برای چیزهایی مثل تمیز نکردن خانه و درازکشیدن در تخت‌خواب، خودش را به تأدیب نفس مشغول می‌ساخت و خود را ناامید و درمانده می‌دانست. بعد از روشن کردن این‌گونه الگوهای فکری متناقض، درمانگر توانست به

مرحله بعدی درمان که بازسازی - شناختی بود، اقدام نماید.

## بازسازی شناختی

بینش دادن به درمانجویان در مورد افکار متناقض‌شان می‌تواند ارزش درمانی داشته باشد. ولی معمولاً چنان بینشی بطور خودکار تغییر ایجاد نمی‌کند. به اغلب درمانجویان بایستی نشان داده شود که چگونه رفتار و احساسات و افکار متناقض خود را تغییر دهند. گرچه روشهای مختلف زیادی در مورد نحوه ایجاد تغییر شناختی وجود دارد (به گلدن و درایدن<sup>۱</sup> ۱۹۸۶ نگاه کنید) ولی روشهای زیر، سازگارترین روشها با هیپنوتیسم و آسانترین روشها برای درمانجویان و درمانگران جهت یادگیری است.

روش دوستونی: بدون تلقین هیپنوتیسمی، به درمانجو یاد داده می‌شود که یک صفحه را به دو نیم تقسیم کند. در یک طرف صفحه، درمانجو افکار و یا تلقینات منفی خود را بنویسد و در طرف دیگر برای هر یک از افکار منفی، تلقین مثبت و سازنده‌ای را بنویسد. به درمانجو یاد داده می‌شود تا آن دسته از تلقینات درمانی را که اثر افسرده‌سازی افکار منفی را خنثی می‌کند، ثبت نماید. این‌گونه تلقینات درمانی مثبت به‌عنوان تلقینات هیپنوتیسمی در طول جریان خود هیپنوتیسمی و دگرهیپنوتیسمی به کار خواهد رفت. علاوه بر این، این‌گونه تلقینات می‌توانند توسط درمانجو بدون تلقین قبلی هیپنوتیسمی و هر وقت که درمانجو احساس کند به کمک فوری نیاز دارد، به کار برده شوند. مثلاً هر وقت که درمانجو افسرده باشد می‌تواند این تلقینات را به کار ببرد. به‌عنوان مثال، به جدول شماره ۳ - ۱ در مورد روش دوستونی نگاه کنید. آلیس، درمانجویی که افکار منفی و تلقینات درمانی او در جدول شماره ۳ - ۱ ارائه شده، در جلسه تصویر ذهنی فراخوان، مورد بحث و گفتگو قرار گرفت.

## جدول شماره ۳ - ۱ - نمونه‌ای از روش دو ستونی

موقعیت : مواجهه با جف در محل کار

## افکار منفی

## تلقینات درمانی

- |  |  |
|--|--|
| <p>۱ - حق با اوست. نمی‌دانم در مورد چه چیزی صحبت می‌کنم.</p> <p>۲ - حق ندارم بر او اعمال قدرت بکنم.</p> <p>۳ - جسور بودن بد است و من هم بدم.</p> <p>۴ - نمی‌توانم جلوی خودم را موقع کوتاه آمدن بگیرم و به خاطر ضعیف بودنم خود را تحقیر می‌کنم.</p> <p>۵ - نومید کننده است. هرگز تغییر نخواهم کرد. نمی‌توانم کار درستی انجام دهم.</p> | <p>۱ - کارم را خوب می‌دانم و می‌دانم چه موقع فردی از کارکردن طفره می‌رود و یا خوب کار نمی‌کند. جف اغلب سعی می‌کند کارش را با صرف حداقل زمان و انرژی انجام دهد و در کار کردن بی‌دقت است.</p> <p>۲ - اعمال قدرت نمی‌کنم بلکه دارم کارم را انجام می‌دهم.</p> <p>۳ - من نه بد هستم و نه جسور بلکه دارم انجام وظیفه می‌کنم.</p> <p>۴ - بعضی وقتها کوتاه می‌آیم ولی بعضی وقتها ابراز وجود می‌کنم و هدفم این است جسورتر باشم ولی بعضی وقتها ابراز وجود نخواهم کرد چرا که این نوعی ضعف است ولی باعث تحقیر من نمی‌شود بلکه بدان معنی است که در مورد این مسأله باید کار بکنم که توانائی‌اش را هم دارم.</p> <p>۵ - مضحک و بی‌معنی است. سابقاً قبل از این‌که افسرده بشوم کارهای زیادی را به نحو احسن انجام می‌دادم. بهتر خواهد شد و می‌توانم یاد بگیرم که ابراز وجود بکنم و این نومیدی نیست، برای غلبه به این مسأله راهی هم است.</p> |
|--|--|

در مورد آلیس، بعضی از افکار منفی توسط تصویر ذهنی در حین هیپنوتیسم فراخوانده شد و بعضی دیگر بعداً توسط خود بازبینی شناسائی گردید. اغلب درمانجویان حداقل در مراحل اولیه؛ در درست کردن صورت تلقینات درمانی به کمک درمانگر نیاز دارند ولی بعداً می‌توانند از روش دو ستونی، مستقلاً استفاده کنند. در مورد آلیس، تلقینات درمانی مندرج در جدول شماره ۳ - ۱ با همکاری درمانگر و درمانجو تشکیل گردید. این کار بدون هرگونه تلقین هیپنوتیسمی صورت گرفت. درمانگر سؤالاتی نظیر این سؤالات را از درمانجو پرسید «آیا واقعاً فکر می‌کنید که حق با جف است و این‌که نمی‌دانید در مورد چه دارید صحبت می‌کنید؟» پاسخ فوری آلیس به این سؤالات این بود «البته که نه، می‌دانم چکار می‌کنم.» آلیس، تشویق شد تا بیشتر توضیح داده و پاسخ او توسط درمانگر نوشته شد. در مواقع دیگر، وقتی آلیس در ارزیابی و بررسی مجدد افکار منفی خود با مشکل روبه‌رو شد، درمانگر بیشتر کمک به او کرد. به عنوان مثال، درمانگر اشاره کرد که «شما اعمال قدرت نمی‌کنید بلکه فقط دارید وظیفه‌تان را انجام می‌دهید».

تمرین ذهنی تخیلی<sup>۱</sup>: برای پیش‌بینی و تمرین غلبه بر موقعیتهای دشوار، با استفاده از تصویر ذهنی می‌توان به درمانجویان یاری رساند. تلقینات درمانی که درمانجو را در اندیشیدن، احساس کردن و عمل نمودن در موقعیت پیچیده هدایت می‌کنند در طول تصویر ذهنی به درمانجو داده می‌شوند.

به عنوان نمونه بارزی از تمرین ذهنی تخیلی، مجدداً یکبار دیگر، آلیس به عنوان نمونه، به کار برده خواهد شد. همان‌طوری که ممکن است به خاطر داشته باشید، آلیس خودش را با احساس گناه و تقصیر هنگام جرأت به خرج دادن و محکوم‌سازی خود در زمان عدم ابراز جرأت، در بن‌بست دوسویه قرار داده بود. همان‌طوری که مختصراً شرح داده شد، الگوهای فکری متناقض او، شناسائی گردیده و برای تلقینات درمانی، افکار منطقی و سازنده‌ای جایگزین شدند و در طول هیپنوتیسم تلقینات زیر داده شدند:

«آلیس تصور کن که مشغول کاری و چند لحظه پیش کار جف را بررسی کرده و



همان طوری که انتظار داشتید در کارش بی دقت بوده و اشتباهات زیادی مرتکب است. در نظر داشته باشید که می دانید چکار بایستی صورت می گرفت و بدانید که کار او به شکل فعلی اصلاً قابل قبول نیست. تصور کنید کارتان این است که به او پسخوراند<sup>۱</sup> سازنده ای ارائه بدهید تا کیفیت کارش را بهبود بخشد. بنابراین، با نرمی و ملایمت و در عین حال با قاطعیت، توصیه هایی را به او می کنید. تصور کنید دارید به او چیزی شبیه این جمله را می گوئید که «جف می دانم چطور این ارقام را در حساب جونز<sup>۲</sup> آورده اید این ارقام و محاسبات بسیار دقیق و منظم هستند و فکر می کنم همین کار را می توانستید در مورد حساب اسمیت<sup>۳</sup> هم بکنید».

حالا تصور کنید که او حالت دفاعی به خود گرفته و می گوید: «دست از سرم بردارید چطور طریقه تهبه این اعداد و ارقام برای سرپرست قبلی مورد قبول بود ولی برای شما مورد قبول نیست؟ و همیشه دارید از من انتقام می گیرید؟»

تصور کنید که چنین پاسخی را پیش بینی کرده بودید و به خاطر داشته باشید که هدفتان جسور بودن و مدعی بودن است نه کوتاه آمدن. تصور کنید که جسور بودن برای شما هیچ اشکالی ندارد و این کار شماست و شما حق دارید به او بگوئید که اشتباهش را درست کند. تصور کنید که تسلیم نشده اید و دارید درخواست خودتان را تکرار می کنید که «جف از شما می خواهم تا این اشتباهات را جبران کنید».

تصور کنید که از جسور بودنتان احساس خوشحالی می کنید.

و حالا تصور کنید که می دانید هیچ کسی کامل نیست و بعضی وقتها اشتباه می کنید و جرأت به خرج نمی دهید. رویداد دیگری را با جف در نظر مجسم کنید که در این قضیه، کوتاه می آئید ولی به خاطر این کار از خودتان متنفر نمی شوید. به خودتان متذکر می شوید که انسان هستید و تغییر، به زمان نیاز دارد و اگر در ابراز جرأت، موفق نباشید به این معنی نیست که درمانده هستید. در حقیقت، این قضیه، فرصتی را برای شما پیش می آورد تا در مورد پذیرش خودتان، بیشتر تلاش کنید.

1. Feedback

2. Jones

3. Smith

حتی زمانی که نمی‌توانید ابراز جرأت بکنید و یا زمانی که مرتکب اشتباه هم می‌شوید با ارزش هستید. در هر دو صورت، خودتان را نمی‌بازید. یا می‌توانید ابراز جرأت کرده و احساس خوشحالی کنید و یا این‌که اگر در یک فرصتی نتوانید ابراز جرأت بکنید به‌خاطر داشته باشید که صرفاً این مورد بوده و در فرصتهای دیگر توانایی ابراز جرأت خواهید داشت. حتی زمانی که ابراز جرأت نکنید و یا دوست نداشته باشید که جرأت به خرج دهید باز هم ارزشمند هستید.»

علاوه بر تمرین ذهنی تخیلی و با استفاده از هیپنوتیسم، درمانگر برای دادن تمرین بیشتر به آلیس در زمینه ابراز جرأت کردن، با او وارد عمل شد. تکالیف خانه برای آلیس، شامل گوش دادن به نوارهای جلسات هیپنوتیسم درمانی و ایفاء نقش بین او و درمانگر، دادن تلقینات درمانی (با، یا بدون تلقین هیپنوتیسمی قبلی) موقع احساس افسردگی و شامل به اجراء درآوردن مهارتهای ابراز جرأت می‌شد. ظرف دو ماه، بدون کمک دارو، آلیس احساس بهبودی نمود و یکبار دیگر از لذایذ زندگی بهره‌مند گردید.

### خلاصه

در این فصل، ضمن توضیح نشان دادیم که چگونه انواع مختلف اقدامات هیپنوتیسم درمانی از قبیل، هیپنوتیسم هشپاری، فرافکنی زمان و هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی می‌توانند برای درمان افسردگی به‌طور مؤثر با همدیگر ادغام گردند. هر کدام از این تکنیکها می‌توانند برای رجحانات خاص درمانجویان وفق داده شوند.

## فصل چهارم

### هیپنوتیسم درمانی ترس، هراس<sup>۱</sup> و اختلالات مربوط به

#### فشار روانی<sup>۲</sup>

اختلالات هیجانی که به طور گوناگون تحت عنوان اضطراب، ترس و هراس و واکنشهای فشار روانی نامگذاری می شوند، شاید معروفترین روان رنجوری ها به حساب آیند. گرچه اضطراب و ترس می توانند محرکهای سودمندی باشند ولی از طرفی هم می توانند درد و رنج و بدبختی ناشناخته ای را سبب گردند. در این فصل ماهیت این اختلالات و نیز ماهیت چند نوع روش درمانی را که می توانند در غلبه به آنها مورد استفاده قرار گیرند، توضیح داده خواهد شد.

#### ویژگیهای متمایز اضطراب، ترس، هراس و فشار روانی

لازم است بین اضطراب، ترس، هراس و فشار روانی فرق گذارده و تفاوت آنها را فهمید. اغلب، اصطلاحاتی چون ترس و اضطراب می توانند به جای یکدیگر بکار برده شوند. بعضی از نظریه پردازان (از قبیل بک و امری، ۱۹۸۵) چنین اظهار داشته اند که ترس یک فرآیند شناختی، در حالی که اضطراب یک واکنش هیجانی است. به نظر آنها، ترس،

ارزیابی شناختی از موقعیتی تهدیدآمیز است که ممکن است در آینده رخ دهد. زمانی که فرد در موقعیت تهدیدآمیز قرار می‌گیرد در این حالت، ترس، برانگیخته شده و واکنش هیجانی بعدی، اضطراب نامیده می‌شود. هراس، ترس غیرواقعی و شدیدی است که با اجتناب فرد از یک شیء ترسناک تعریف می‌گردد. فشار روانی پاسخ احتشایی<sup>۱</sup> بدن نسبت به خواسته‌هایی است که از آن به عمل آمده و صرفنظر از ماهیت محرک تنش‌زا، پاسخ یکنواخت خواهد بود. گرچه کلیه این اصطلاحات به حالات مختلف با ریشه‌های متفاوت اشاره دارند ولی همگی وجهی مشترک دارند که آن برانگیختگی هیجانی است. این مطلب، معانی و دلایل درمانی داشته و به این معنی است که بیشتر تکنیکهای درمانی برای همه موارد قابل استفاده است.

### کارکردهای اضطراب، ترس، هراس و فشار روانی

کارکردهای درازمدت این حالات هیجانی چه چیزهایی هستند؟ واکنش دعوagریزی آغازین نشان داد اگر مردم احتمال دهند که درگیری موفقیت‌آمیز نخواهد بود، از دعو و درگیری می‌گریزند. بک و امری<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) معتقدند که اضطراب یک مکانیسم حفاظتی است. به صورت علامت خطر در برابر آسیب‌پذیری فرد در مقابل خطرات جسمانی و مجازات اجتماعی عمل می‌کند. به طور واضح هراس ناشی از اجتناب اساسی از موقعیتهای خطرناک است بنابراین، ترس، اضطراب و هراس می‌توانند به عنوان راهبردهای اجتنابی تلقی شوند که به حفظ بقاء شخص و نژاد بشر کمک می‌کنند. واکنشهای مربوط به فشار روانی هم می‌توانند به عنوان نشانه‌های خطر تلقی گردند که نشان می‌دهند بدن در معرض خطر افتاده و احتمالاً به بقاء درازمدت انسان هم کمک می‌کنند.

گرچه، اضطراب، ترس، هراس و واکنشهای مربوط به فشار روانی ممکن است بطور فیزیکی و یا اجتماعی در خنثی‌سازی رفتار خطرناک، کارکرد صحیحی داشته باشند، ولی از طرفی هم امکان دارد خطر جوئی معمولی و یا رفتار جسارت‌آمیز فرد را

خنثی سازند. کسی که خطر بالقوه‌ای را در چیزی حس کند بنابراین از یادگیری و یا عملکرد رفتار جدید منع می‌گردد. در حد معقول، اضطراب می‌تواند محرک خوبی برای افزایش فعالیت باشد. ولی با وجود این، سطح متوسط اضطراب می‌تواند یک محرک بوده در صورتی که سطح شدید اضطراب می‌تواند فعالیت را فلج سازد. به همین ترتیب، در حقیقت همان‌طوری که یک زندگی با فشار روانی کم می‌تواند منجر به ملالت و بی‌زاری گردد از طرفی فشار روانی زیاد هم می‌تواند منجر به تخلیه شدید منابع هیجانی و جسمانی شده و حتی منجر به مرگ گردد. واکنشهای مربوط به فشار روانی، ترس، هراس و اضطراب می‌توانند طرق اجتناب از حوزه‌هایی تلقی شوند که در آنها، توانش و کفایت شخص مورد تردید باشد. مردم نوعاً درباره موقعیتهایی که احساس می‌کنند از عهده آنها بر نخواهند آمد، مضطرب بوده و عموماً اضطراب منجر به اجتناب از این موقعیتها می‌گردد. از طرفی باید توجه داشت که در واقع ممکن است چنان افرادی فاقد توانش نباشند ولی خودشان فکر کنند که فاقد توانش هستند. بنابراین این‌گونه افراد می‌توانند از یادگیری این که در حقیقت دارای توانش هستند، باز داشته شوند.

به طور خلاصه، اضطراب، ترس، هراس و واکنشهای مربوط به فشار روانی می‌توانند پاسخهای منطقی و معطوف به بقا تلقی گردند که در برابر موقعیتهای خطرناک و یا در برابر موقعیتهایی که افراد مکانیسمهای مقابله‌ای مناسب را ندارند، داده می‌شوند. ولی واقعیت همیشه به طور صحیح درک نمی‌شود. مردم اغلب بنابه تجارب یادگیری قبلی‌شان، مرتباً به انواع مختلف موقعیتها ممکن است طوری پاسخ بدهند که گوئی این موقعیتها خطرناک هستند حال آن‌که در حقیقت خطرناک نیستند. علاوه بر این، گرچه ممکن است در حقیقت در بعضی از موقعیتها، فاقد راهبردهای مقابله باشند ولی از طرفی هم ممکن است بیشتر از آن‌چه که فکر می‌شود دارای راهبردهای مقابله باشند. واکنشهای هیجانی از قبیل اضطراب، مادامی که خیلی سریع افزایش نیافته و یا خیلی سریع ادامه پیدا نکنند و یا در یک سطح معقول بمانند و نیز تا زمانی که فرد بر این نکته واقف باشد که می‌تواند از عهده این‌گونه موقعیتها بر بیاید اساساً دارای ارزش هستند.

## درمان اضطراب، ترس و اختلالات مربوط به فشار روانی

### ملاحظات کلی

درمان اضطراب، ترس، و اختلالات مربوط به فشار روانی می‌توانند بر مسائل گوناگونی متمرکز گردند. درمان می‌تواند در جهت تغییر محیط برای کاهش وقوع رویدادهایی که احتمال ایجاد فشار روانی و اختلالات اضطرابی را دارند، هدایت گردد. هم‌چنین می‌تواند با استفاده از تکنیکهایی چون حساسیت‌زدایی هیپنوتیسمی، در جهت کاهش اضطراب و یا ترس، هدایت گردیده تا درمانجو بتواند وارد موقعیتهای مشکل‌آفرین شده و یاد بگیرد که می‌تواند بیشتر از آن‌چه که قبلاً فکر می‌کرده، از عهده این موقعیتهای برآید. علاوه بر این، درمان می‌تواند توسط تکنیکهایی چون تکنیک بازسازی - شناختی، به درمانجو کمک کند تا موقعیت دشوار و پیچیده را کم‌خطرتر از آن‌چه که قبلاً فکر می‌کرده، تفسیر نماید. یا این‌که ممکن است درمانگر به درمانجو راهبردهای مقابله‌ای جدید را مثل خود هیپنوتیسم به منظور افزایش خود کارایی درمانجو و قادر ساختن او برای مقابله بهتر با موقعیتهای اضطراب‌زا، یاد بدهد.

تکنیکهای جنبی خاصی نیز می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. اغلب، مشاهده شده است که تمرین و ورزش جسمانی در کاهش اضطراب و فشار روانی و افسردگی مؤثر بوده است. درمانجویان می‌توانند مطابق با شرایط جسمانی‌شان به ورزش ملایم تشویق گردند، در مجموع، این عمل بایستی طبق توصیه پزشک صورت گیرد. محرکهایی چون نیکوتین<sup>۱</sup>، کافئین<sup>۲</sup>، دارو و کندکننده‌هایی<sup>۳</sup> از قبیل الکل می‌توانند سبب بروز فشار روانی و اضطراب شوند. ولی این مواد اغلب در وهله اول برای کاهش فشار روانی به کار رفته و بنابراین منجر به دور باطل استفاده از مواد و در نهایت منجر به اضطراب بیشتر می‌شود. استفاده از چنان موادی باید مورد ارزیابی قرار گرفته و برنامه‌های کاهش فشار روانی و اضطراب بایستی در مورد درمانجو تنظیم و توسعه یابد.

## علائم و نشانه‌های مربوط به فشار روانی

یکسری علائم و نشانه‌های مربوط به فشار روانی وجود دارد که شناختن آنها حائز اهمیت است. در حالت فشار روانی، اغلب، احساس سفتی عضلات اسکلتی و احساس سفتی در سینه و دیافراگم وجود دارد و ممکن است موقع فشار روانی فرد دچار مشکل تنفسی گردد. مشکلات تمرکز نیز ممکن است در حین تمرکز کردن روی رفتار مربوط به انجام وظیفه وجود داشته باشد. فشار روانی و اضطراب می‌توانند توسط اصطلاح «هوشیاری افراطی»<sup>۱</sup> مشخص گردند که در آن، فرد به طور غیرعادی توجه خاصی را به خود و یا محیط خود معطوف می‌دارد. از لحاظ دانش کارکرد اندامهای بدن، فشار روانی و اضطراب می‌توانند منجر به افزایش ضربان قلب و فشار خون و کاهش درجه حرارت پوست دستها و پاها و ازدیاد عرق بدن گردند. توجه به این نکته ضروری است که فشار روانی و اضطراب می‌توانند به علائم و نشانه‌های بدنی از قبیل کاهش مقاومت در برابر بیماری، خستگی و زخم<sup>۲</sup> معده منجر گردند. ولی روشهایی که بعداً توضیح داده خواهد شد می‌توانند برای کلیه این علائم و نشانه‌ها مورد استفاده قرار گیرند.

## هیپنوتیسم درمانی اضطراب، هراس و اختلالات استرسی

برای کاهش واکنشهای اضطرابی و استرس، چندین روش وجود دارد که در آنها از هیپنوتیسم می‌توان استفاده کرد. اولین روش، روش تن آرامی و حساسیت زدایی نظام‌مند است که با تلقینات هیپنوتیسمی برای کاهش اضطراب همراه می‌شود. تصویر ذهنی هدایت شده نیز می‌تواند در این زمینه مفید باشد. همان‌طوری که قبلاً ذکر گردید، واکنشهای مربوط به فشار روانی و اضطراب و هراس یک وجه مشترک دارند که برانگیختگی شدید هیجانی می‌باشد. این موضوع بسیار مهم است چرا که این بدین معنی است که هر تکنیکی که برانگیختگی را کاهش دهد، توانائی کاهش فشار روانی و اضطراب را هم خواهد داشت. روش دوم، استفاده از روش بازسازی - شناختی در خود

1. Hypervigilance

2. Ulcer

هیپنوتیسم است که به عنوان راهبرد مقابله کلی جهت کاهش اضطراب و فشار روانی به کار می‌رود. روش سوّم، استفاده از هیپنوتیسم به عنوان تکنیکی برای شناخت منابع ترس و اضطراب است.

### تن آرامی<sup>۱</sup>

تن آرامی تکنیک ساده و با کاربردی آسان است که می‌تواند در کاهش اضطراب و فشار روانی ناشی از یکسری منابع، مفید واقع شود. گرچه تن آرامی نسبتاً ساده است ولی ذکر توصیه‌هایی در این مورد مفید خواهد بود. در فصل دوّم، بحث کاملتری را در مورد تن آرامی هیپنوتیسمی می‌توانید ملاحظه کنید.

بسیاری از مردم دچار این توهم و اشتباه هستند که تمرین تن آرامی که برای اولین بار صورت گرفته باشد آنها را از تجربه اضطراب و تنش در دفعه دوّم، محافظت خواهد کرد. در صورتی که تن آرامی ساعت ۸ صبح، اضطراب شخص را در ساعت ۱۰ کاهش نمی‌دهد! برای این که از شیوه‌های تن آرامی بهره‌مند شویم بایستی آنها را هر بار که احساس اضطراب می‌کنیم به کار ببریم. مؤثرترین روش استفاده از تن آرامی این است که اضطراب را قبل از این که فرصت ظهور پیدا کند در نطفه خفه کنیم چرا که وقتی اضطراب، ذهن را به خود مشغول داشت، تن آرامی را مشکل می‌سازد. از طرف دیگر، به درمانجو می‌توان یاد داد تا نشانه‌ها و علائم قبل اضطراب و تنش را به عنوان نشانه یا علامتی برای شروع استفاده از شیوه‌های تن آرامی به کار ببرند.

شخص می‌تواند در شرایط مطلوب مثلاً زمانی که هیچ‌گونه حواسپرتی و یا کوچکترین ناراحتی ندارد با اولین تمرین تن آرامی در مقابله با اضطراب مهارت کسب کند. نوعی مقیاس درجه‌بندی ذهنی می‌تواند به کار برده شود که از صفر تا صد، درجه‌بندی شده است. فرض کنیم، عدد صفر این مقیاس، که مقیاس واحدهای ذهنی ناراحتی<sup>۲</sup> نامیده می‌شود، برابر با نبود اضطراب و عدد صد نشانگر بدترین حالت وحشتزدگی ممکن باشد. به طور دلخواه، فرد بایستی تمرین تن آرامی را زمانی شروع



کند که درجه این مقیاس بین بیست و سی که سطح نسبتاً راحتی است، قرار گرفته باشد. بعد از این که درمانجو توانست از آن سطح، شروع به تن آرامی کند، آماده می‌گردد تا از سطوح بالاتر شروع نماید.

وجود اندکی ناراحتی، طبیعی است. حد معمولی فشار روانی و یا تنش در حدود ۲۵-۳۵ درجه است. بنابراین، از تحمیل اهداف غیرواقعی به درمانجو، نظیر وادار کردن او برای به دست آوردن آرامش کامل (صفر درجه) در طول روز، خودداری شود.

### حساسیت زدائی هیپنوتیسمی

حساسیت زدائی، تکنیکی است که در آن، فرد با اضطراب و ترس به حالت تدریجی و قدم به قدم برخورد می‌کند. اضطراب و ترسهای فرد از آسانترین یا کمترین اضطراب به مشکلترین و یا بیشترین اضطراب، درجه بندی می‌گردند. معمولاً این گونه درجه بندی مطابق با وضع درمانجو صورت می‌گیرد. گرچه در این زمینه رتبه بندی‌های استاندارد شده‌ای به کار برده می‌شود ولی بهتر است در زمینه به دست آوردن رتبه بندی منفرد در مورد درمانجویان شروع به کار کنیم. حساسیت زدائی هیپنوتیسمی از این لحاظ با حساسیت زدائی نظام مند سنتی فرق می‌کند که شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی که در فصل دوم توضیح داده شد در ابتدا برای تن آرامی درمانجو به کار برده می‌شود. سپس درمانگر از درمانجو می‌خواهد تا اولین صحنه را در روی مقیاس، وقتی که در حالت تن آرامی هیپنوتیسمی قرار دارد، تصور نماید. اگر درمانجو بتواند این کار را انجام داده و در حالت تن آرامی باقی بماند، درمانگر از درمانجو می‌خواهد که صحنه بعدی را تصور کند. این عمل ادامه می‌یابد تا درمانجو، مضطرب گردیده که در آن حالت، درمانگر به درمانجو یاد می‌دهد شیوه‌های تن آرامی و یا تلقین هیپنوتیسمی و یا هر دو را برای کاهش اضطراب به کار برد. اگر درمانجو نتواند در کاهش اضطرابی که توسط یکی از ماده آزمونه‌های مقیاس درجه بندی، برانگیخته شده، موفق گردد در این صورت، درمانگر به آخرین مرحله تسلط برمی‌گردد. با تمرین مداوم، در حالی که درمانجو در حالت تن آرامی هیپنوتیسمی است قادر می‌شود تا در مقیاس ذهنی درجه بندی اضطراب پیشرفت نماید. ممکن است درمانگر از درمانجو بخواهد تا خودش را در حال مقابله و یا

مسلط شدن به آن موقعیت تصور کند. تصویر ذهنی مقابله از این لحاظ از تصویر ذهنی مسلط شدن فرق می‌کند که شخص، احساس اضطراب را پیش‌بینی می‌کند ولی بعد خودش را در حال مقابله با آن تصور می‌کند ولی در تصویر ذهنی مسلط شدن، شخص بدون هرگونه اضطرابی خودش را در حال موفقیت تصور می‌نماید. به عنوان مثال، یک هنرپیشه تصور می‌کند که بدون احساس هرگونه اضطرابی دارد نمایش بزرگی را اجرا می‌کند. بعد از مقابله و یا تسلط به یک ماده‌آزمون در مقیاس درجه‌بندی، به درمانجو یاد داده می‌شود تا با آن موقعیت در واقعیت مواجه گردد. این عمل حساسیت‌زدائی در محیط طبیعی<sup>۱</sup> نامیده می‌شود. فهرست زیر، نمونه‌ای است از رتبه‌بندی اضطراب برای کسی که اضطراب مصاحبه شغلی دارد:

- ۱- روزنامه خریدن - ۲۵ واحد<sup>۲</sup> (حداقل اضطراب)
- ۲- بررسی آگهی‌های درخواست کمک - ۳۰ واحد
- ۳- تهیه گزارش وضعیت خود - ۳۵ واحد
- ۴- پست کردن گزارش وضعیت خود - ۴۰ واحد
- ۵- رفتن به اداره استخدام - ۴۵ واحد
- ۶- تلفن کردن و پاسخ دادن به آگهیهای غیرجذاب - ۵۰ واحد
- ۷- تلفن کردن و پاسخ دادن به آگهیهای جذاب - ۵۵ واحد
- ۸- پر کردن پرسشنامه درخواست شغل - ۶۰ واحد
- ۹- درخواست از معرفیها - ۶۵ واحد
- ۱۰- فکر کردن در مورد رفتن به مصاحبه شغلی - ۷۰ واحد
- ۱۱- دادن آزمون استخدام - ۷۵ واحد
- ۱۲- شب قبل از مصاحبه - ۸۰ واحد
- ۱۳- صبح مصاحبه - ۸۵ واحد
- ۱۴- در انتظار مصاحبه بودن - ۹۰ واحد
- ۱۵- مصاحبه شدن - ۹۵ واحد

استفاده از حساسیت‌زدائی هیپنوتیسمی توسط مورد فرد<sup>۱</sup>، قابل توضیح است. او نزد درمانگر (فرد فردریک) آمد و ترس شدید خود را از پرواز کردن گزارش نمود. این ترس برای او بسیار عاجزکننده بود چرا که لازم بود سالی دو سه بار به سفر تجاری پردازد که این کار هم مسافرت هوائی را ایجاب می‌کرد. چون اضطراب شدید، وحشتزدگی و دستپاچگی در مورد پرواز را پیش‌بینی می‌نمود بنابراین، سعی می‌کرد به این سفرها نرفته و یا آنها را به تعویق اندازد و یا این که بجای هواپیما با قطار مسافرت کند که آن هم برایش وقت تلف‌کننده بود. البته زمانی که پرواز می‌کرد، براساس این افکار که: «کنترلش را از دست خواهد داد و دیگران متوجه درماندگی او خواهند شد و یا این که دستپاچگی شدیدی را تجربه خواهد کرد» سطوح بالایی از اضطراب را تجربه می‌نمود. علاوه بر این، می‌ترسید که هواپیما هم سقوط کند. برای او، درمان حساسیت‌زدائی منظم به کار رفت. درمانگر و درمانجو توأماً در مورد مسائل مرتبط با پرواز، سلسله مراتبی از رویدادهای اضطراب‌زا درست کردند. این رویدادها از صفر تا صد درجه‌بندی شدند. عدد صفر نشانگر عدم وجود اضطراب و عدد صد، نشانگر بالاترین سطح اضطراب بود و سلسله مراتب شامل ماده‌آزمونهای زیر بود:

موقعیت	واحد
۱- رانندگی به سمت فرودگاه	۳۵
۲- سوار شدن به هواپیما	۴۰
۳- چراغها و صداهای موجود در کابین مسافر	۴۵
۴- پیدا کردن صندلی و بستن کمربند	۵۰
۵- بسته شدن در هواپیما	۵۵
۶- فرود	۶۰
۷- حرکت هواپیما روی باند	۶۵
۸- بلند شدن هواپیما	۷۰
۹- چرخش تند هواپیما موقع پرواز	۷۵

## ۱۰- تکانهای شدید هواپیما ۸۰

## ۱۱- احساس اضطراب در حین پرواز ۹۰

فرآیند حساسیت زدائی هیپنوتیسمی به درمانجو یاد داد تا سطح اضطراب خود را در موقعیت ترسناک توسط خود تن آرامی و تلقینات مقابله ای کاهش دهد. صحنه های زیر نمونه هایی در مورد بعضی از صحنه های حساسیت زدایی هستند که مطابق با موقعیتهای ارائه شده در فهرست فوق، در طول هیپنوتیسم به فرد ارائه گردید:

صحنه پنجم (تصور کنید هم اکنون سوار هواپیما شده، صندلی تان را پیدا کرده و کمربندتان را بسته اید. حالا تصور کنید که در هواپیما دارد بسته می شود. اکنون که دارید این صحنه را تصور می کنید، چگونه اضطراب خود را در مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه بندی می کنید؟ (درمانجو هیچ گونه اضطرابی را گزارش نمی کند).

صحنه هشتم (حالا تصور کنید که هواپیما شروع به بلند شدن کرده و شما صدای شدید موتورهای هواپیما را موقع بلند شدن می شنوید بعد، هواپیما شروع به حرکت سریعتر نموده و سرانجام از روی باند بلند می شود. احساس می کنید که هواپیما اوج گرفته و در بدنتان فشار احساس می کنید در این صحنه، سطح اضطراب خود را اندازه گیری کنید. (درمانجو: گزارش می کند، ۴۰، که سطح متوسطی از اضطراب است). بسیار خوب، اگر از وجود هرگونه افکار اضطراب زا مثل «من گیر افتادم» «هواپیما سقوط خواهد کرد» باخبر هستید، هیچ اهمیتی به آنها ندهید چرا که انتظار چنین چیزهایی می رود. تصور کنید که دارید توجه خود را از آنها توسط خواندن و گوش دادن به موسیقی، دور ساخته و برای آرام کردن خودتان از تکنیکهای تن آرامی استفاده می کنید. تصور کنید که این افکار را جدی نمی گیرید و هنوز درون هواپیما هستید ولی این دفعه، راحت تر و آسوده تر می باشید. بسیار خوب، مجدداً اضطراب خودتان را درجه بندی کنید. (درمانجو گزارش می کند صفر) خوب.

صحنه یازدهم (حالا تصور کنید که در یک ارتفاع بالا هستید و شروع به احساس اضطراب می کنید. سطح اضطرابتان را درجه بندی کنید. (درمانجو گزارش می کند ۶۰).

بسیار خوب، به خودتان متذکر شوید که حتی اگر مضطرب هم باشید، حالتان

خوب است و از عهده آن بر خواهید آمد و در حقیقت آن را پشت سر خواهید گذارد. حتی اگر نتوانید به تن آرامی دست بیابید و هنوز مضطرب باشید، با این وجود از عهده این موقعیت بر خواهید آمد. تصور کنید که برای کاهش اضطراب می‌توانید از تکنیکهای تن آرامی در سطح معقولی استفاده کنید و به خاطر داشته باشید که افراد دیگر نمی‌توانند احتمالاً به شما بگویند که مضطرب هستید ولی اگر هم بتوانند به شما بگویند که مضطرب هستید الزاماً به معنای عدم تأیید شما نیست. حتی اگر به معنای این هم باشد نیازی به تأیید آنها ندارید. حالا یک بار دیگر، سطح اضطراب خود را درجه‌بندی کنید (درمانجو، گزارش می‌کند ۲۵ درجه).

بسیار خوب، در کاهش و کنترل اضطراب‌تان موفق شده‌اید و حالا اطمینان شما به پرواز، بیشتر خواهد بود و می‌توانید تکنیکهای خود هیپنوتیسمی‌تان را دفعه بعد، که می‌خواهید پرواز کنید، به کار ببرید. تصور کنید که هیپنوتیسم، تن آرامی و خود تلقینات مقابله به شما کنترل و اطمینان خواهند داد. بله، کنترل و اطمینان. تمرین خانگی فرد در مورد حساسیت‌زدائی منظم، او را بیشتر برای پرواز آماده کرد. ظرف ۶ ماه، متعاقب درمان حساسیت‌زدائی هیپنوتیسمی درمانجو سه پرواز انجام داد و کنترل مؤثر و کاهش اضطراب را گزارش نمود.

### هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی

هیپنوتیسم می‌تواند برای تسکین علائم و یا به عنوان بخشی از یک رویکرد جامع به کار رود که شامل به دست آوردن بینش به علل زیربنایی علائم و نشانه‌ها می‌شود. بینش به تنهایی، نشانه‌ای را درمان نخواهد کرد ولی می‌تواند در فهم اینکه چه چیزی باعث حفظ نشانه شده و یا چه چیزی به رفع آن کمک می‌کند، مؤثر و مفید باشد. از طرفی، هم مشکلات به طور ثابت ریشه در دوره کودکی ندارند. آنها می‌توانند از افکار منفی و متناقضی نشأت گیرند که شخص آنها را مکرراً به خودش تلقین کرده است. آراز (۱۹۸۱) اعتقاد داشت که این فرآیند نوعی خودهیپنوتیسم منفی است. هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی خصوصاً برای غلبه به خودهیپنوتیسم منفی مفید است چرا که گفتگوی درونی مثبتی که ایجاد می‌کند مخالف ویژگی مکالمه با خود منفی خود

هیپنوتیسم منفی<sup>۱</sup> است. همان طوری که در فصل سوم بحث شد، هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی به دو بخش اساسی قابل تقسیم است که عبارتند از: شناسایی افکار متناقض<sup>۲</sup> (خود هیپنوتیسم منفی) و بازسازی شناختی.

### تکنیکهای شناسایی

قبل از تعدیل افکار ناسازگار، اهمیت دارد که درمانگر به درمانجو در کشف و شناسایی آنها کمک کند. مشخص کردن افکار و خیالپردازیهای اضطراب آفرین مشکل به نظر نمی رسد. با اندک تمرین و آموزش، اغلب مردم می توانند «به مکالمه های درونی خود نگریسته و افکار و خیالپردازیهای خودشان را مشاهده کنند». این گونه افکار و خیالپردازیها چنان که اکثر مردم می پندارند معمولاً در ضمیر ناخود آگاه عمیقاً مدفون نمی شوند. واژه بهتر برای توصیف آنها ممکن است «واژه نیمه هشیاری» باشد که درست زیر آگاهی قرار دارد، گرچه معمولاً توجه زیادی به افکار و خیالپردازیها و رویاهای خودمان نمی کنیم اما می توانیم با تمرکز روی آنها، از آنها باخبر شویم. برای کشف آنها لازم نیست شخص تکنیکهای تن آرامی را به کار برده یا در خلسه بوده باشد. با وجود این، بعضی از مردم درمی یابند که تکنیکهای تن آرامی در مواجهه شدن آنها با افکار و خیالپردازیهای اضطراب آفرین که معمولاً از مواجهه با آنها هراس دارند، مفید و کمک کننده است.

تکنیکی که می تواند توأم و یا بدون تلقین قبلی هیپنوتیسمی به کار برده شود، این است که از درمانجو بخواهیم تا موقعیت دشوار و پیچیده خود را به خاطر آورده و آنچه را که درست قبل از تجربه اضطراب تصور و فکر می کرده به خاطر بیاورد. از طرف دیگر به درمانجویان یاد دهید تا از خود بازبینی استفاده کنند که در آن به آنها یاد داده می شود تا از افکار و خیالپردازیها و موقعیتهایی که اضطراب زا هستند از آنها یادداشت بردارند و به درمانجویان توصیه شود تا هر وقت که احساس اضطراب می کنند در دفتر خود ثبت کرده و افکاری را که در آن موقع به ذهن شان خطور می کند توجه کرده و یا آنچه که

درست قبل از تجربه اضطراب، فکر می‌کردند آنها را به خاطر بیاورند. تصویر ذهنی فراخوان نیز می‌تواند برای کشف افکار اضطراب‌زا به کار برده شود. به درمانجویان یا در حین هیپنوتیسم و یا بدون بهره بردن از شیوه تلقین هیپنوتیسمی قبلی، یاد داده می‌شود تا خودشان را در حال انجام دادن کاری که از انجام آن وحشت دارند، تصور کنند (به عنوان مثال، تصور کنند که دارند با بیگانه‌ای در یک موقعیت اجتماعی صحبت می‌کنند). از درمانجویان بخواهید تا منتظر مانده تا کمی احساس ناراحتی نمایند بعد هرگونه افکار و خیالپردازی‌هایی را که به ذهنشان می‌آید گزارش نمایند (مثلاً ببینند که دارند طرد می‌شوند). بعد درمانگر و درمانجویان می‌توانند چیزی را به کار ببرند که برای ایجاد تلقینات خودهیپنوتیسمی درست شده‌اند. (برای توضیح نحوه استفاده از تصویر ذهنی فراخوان به فصل سوم رجوع کنید).

### بازسازی شناختی<sup>۱</sup>

قدم بعدی، بازنویسی نسخه اضطراب‌آفرین و جایگزین کردن تلقینات منفی و متناقض (یعنی خودهیپنوتیسمی منفی خود) با تلقینات سازنده و مثبت است. بهترین روش ایجاد این تلقینات درمانی، ایجاد آنها از طریق ارزیابی مجدد افکار خود است. این روش از روش درمان عقلانی-عاطفی<sup>۲</sup> و اشکال دیگر رفتار درمانی شناختی مشتق شده و موسوم به بازسازی شناختی است. شیوه ساده بازسازی-شناختی برای ایجاد این‌گونه تلقینات، شیوه دو ستونی است (به جدول شماره ۴-۱ نگاه کنید) همان‌طوری که قبلاً ذکر شد این شیوه شامل تقسیم یک صفحه به دو نیم است که بعداً در یک طرف ستون، افکار اضطراب‌زا و در طرف دیگر ستون-تلقینات درمانی سازنده برای هرکدام از افکار اضطراب‌زا نوشته می‌شود.

هدف این است که به درمانجو کمک کنیم تا صورت آن دسته از تلقیناتی را که به عنوان تلقینات هیپنوتیسمی در طول جریان خودهیپنوتیسم و یا دگرهیپنوتیسم به کار خواهد رفت، درست نماید.

نمونه‌ای از نحوه استفاده از روش دوستونی برای ایجاد تلقینات هیپنوتیسمی مورد جیم<sup>۱</sup> است که برای رهایی از حملات اضطراب به درمان روی آورد. او گزارش کرد که حملات اضطراب موقع رانندگی به او دست می‌داد. برای به دست آوردن نشانه مستقیم رهایی از اضطراب، درمانگر (ویلیام گلدن) به او یاد داد تا برای کاهش اضطراب از تکنیکهای تن آرامی استفاده کند. به عنوان بخشی از رویکردی جامع، به او یاد داده شد که از افکار و خیال‌پردازی‌هایی که باعث برانگیختگی اضطراب می‌شدند یادداشت بردارد. بزودی معلوم شد که جیم موقع رانندگی به سمت مدرسه به دلیل خیال‌پردازی و نگرانی‌هایی که در مورد آینده داشته مضطرب می‌شده است. او در مورد آینده خود احساسات دوسوگرایانه داشت چرا که در حقیقت نمی‌خواست به مدیریت بازرگانی ادامه بدهد بلکه می‌خواست به کار هنری پردازد. مانع او در این راه، اضطراب او در مورد شکست بود. گرچه او قبلاً هنرمند با استعدادی بود ولی با وجود این، در مورد شکست، نگران بود که همین مسأله باعث به وجود آمدن اضطراب و تنش می‌شد. با اجتناب از خطر پی گرفتن آنچه که واقعاً می‌خواست بشود، خودش را درگیر تعارض کرده بود، اینها عبارت بودند از نگرانی در مورد شکست به عنوان هنرمند و نگرانی در مورد سعادتمند نشدن، چرا که در جستجوی شغلی نبود، تا آن که هنرمند بشود. بنابراین، درمان جیم نه تنها روی نشانه تسکین توسط تن آرامی هیپنوتیسمی متمرکز شده بود بلکه در مورد اضطراب او در خصوص شکست هم استوار بود.

جیم توسط خودبازبینی، افکار اضطراب‌آفرین زیر را کشف نمود: «او به طور مشخص به عنوان هنرمند شکست خواهد خورد و اگر در هنر شکست می‌خورد، شکست خورده محسوب می‌شد و بنابراین برای خوشبختی در زندگی راه دیگری باقی نمی‌ماند». جیم و درمانگرش با استفاده از روش دوستونی تلقینات درمانی را که می‌توانست در طول هیپنوتیسم به کار برده شوند، به وجود آوردند. در طول جلسات درمان، درمانگر او، تلقینات مثبتی را که در جدول شماره ۴ - ۱ شرح داده شده است تکرار نمود.



## جدول شماره ۴ - ۱ - نمونه روش دو ستونی

تلقینات درمانی	افکار منفی
۱ - فرصت خوبی برای موفقیت در هنر دارم چرا که از قبل نیز موسیقیدان خوبی بوده‌ام.	۱ - به عنوان هنرمند شکست خواهم خورد. (یک پیشگویی تحقق یابند)
۲ - حتی اگر به عنوان یک هنرمند شکست بخورم شکست خورده محسوب نمی‌شوم چرا که قبلاً تا حدی موفق بوده‌ام نه تنها در موسیقی بلکه در چیزهای دیگر هم همین‌طور.	۲ - اگر در هنر، شکست بخورم یک شکست خورده خواهم بود.
۳ - اگر از لحاظ مالی نتوانم هنرمندی موفق باشم، می‌توانم حرفه دیگری را تعقیب نمایم ولی با وجود این، می‌توانم به هنر به عنوان یک سرگرمی بچسم و برای لذت و خوشی چیزهای دیگری را انجام دهم.	۳ - اگر نتوانم هنرمند حرفه‌ای باشم بنابراین راه دیگری برایم باقی نخواهد ماند و در زندگی خوشبخت نخواهم شد.

بعد به جیم یاد داده شد تا این تلقینات را برای هیپنوتیسم کردن خود به کار برده و در به کار بردن تن آرامی هیپنوتیسمی نیز برای کاهش اضطراب موفق باشد بنابراین، آموزشگاه را عوض کرده و به هنرکده برگشت.

## هیپنوتیسم درمانی بینش‌گرا

بخش عظیمی از رویکردهای روان‌پویشی<sup>۱</sup> در روان‌درمانی، کشف و یا بهبودی احساسات و رویدادهای گذشته فراموش شده و یا واپس رانده شده می‌باشد. براساس نظریه روان‌پویشی، این ماده شدیداً از لحاظ هیجانی اشباع می‌شود و به همین خاطر اساساً واپس رانده می‌گردند. اغلب از احساسات و واکنشهایی تشکیل می‌شود که در

مراحل اولیه رشد مناسب بوده ولی در بزرگسالی مناسب نیستند. با وجود این، این ماده قدیمی می‌تواند به واکنشهای مشخص و مسلط شده و تا موقعیتهای بزرگسالی هم ادامه یابد. در بعضی موارد، بهبودی واکنشهای هیجانی گذشته و بررسی آنها در پرتوی دیدگاهی بزرگسالانه، می‌تواند در کاهش قدرت رویدادهایی که بر کارکرد فعلی شخص اثر می‌گذارند، تأثیر بسزایی داشته باشد. بنابراین، روان‌درمانگران روان‌پویشی، وقت قابل توجهی را صرف بحث و بررسی احساسات و رویدادهای گذشته زندگی درمانجویان و نیز تفسیر آنها با توجه به واقعیت فعلی می‌کنند.

هیپنوتیسم می‌تواند در کشف ماده هیجانی فراموش شده یا واپس رانده شده‌ای که به نظر درمانجو، بر زندگی فعلی اش اثر زیادی می‌گذارند، کمک بزرگی باشد. چون یکی از اثرات حالت خلسه هیپنوتیسمی این است که به مقاومت درمانجو غلبه کند بنابراین مقاومت معمولی درمانجو در برابر بهبودی این ماده بطور قابل توجهی کاهش داده می‌شود. علاوه بر این، تمرکز شدیدی که اغلب در هیپنوتیسم وجود دارد می‌تواند در تمرکز نمودن بر رویدادهای واپس رانده شده طوری مؤثر باشد که آن رویدادها به خاطر آورده شوند. بازگشت سنی هیپنوتیسمی و یا تجدید حیات<sup>۱</sup> سنی می‌توانند در کشف خاطرات واپس رانده شده ابزار قدرتمندی باشند.

بازگشت سنی و تجدید حیات سنی پدیده‌های مشابه‌ای هستند ولی در میزان شباهت در تجربه فرق می‌کنند. در بازگشت سنی، آزمودنی، رویدادهای اولیه و بااهمیت خود را به خاطر می‌آورد ولی طوری آنها را گزارش می‌کند که گویی در گذشته اتفاق افتاده و عموماً در زمان گذشته صحبت می‌کند. در طول این زمان، آزمودنی مثل یک بزرگسال احساس و عمل می‌کند. ولی در تجدید حیات سنی، آزمودنی مثل یک بچه عمل نموده و مثل یک بچه حرف می‌زند و حرف زدنش در زمان حال بوده و دقیقاً طوری پاسخ می‌دهد که گویی همان سن را دارد. بنابراین در تجدید حیات سنی تا حدی واقع‌گرایی و فوریت<sup>۲</sup> وجود دارد که در بازگشت سنی وجود ندارد. آزمودنیهای هیپنوتیسمی خوب بیشتر از آزمودنیهای هیپنوتیسمی ضعیف مستعد تجربه بازگشت

سنّی هستند و می‌توانند مادهٔ هیجانی واپس رانده شده را بهتر از آزمودنیهای هیپنوتیسمی ضعیف، تجربه کنند.

برای استفاده از بازگشت سنّی و یا تجدید حیات سنّی در درمان اختلالات اضطراب، چندین طریق وجود دارد. نخست این که، اهمیت دارد از لحاظ زمان طوری عقب برگردیم که برای درمانجو مفید باشد. بعضی از درمانگران توسط سال و بعضیها توسط سنّ درمانجو و بعضیها توسط این روش که از درمانجو می‌خواهند تا تصور کنند که برگهای تقویم دارند به سمت عقب ورق زده می‌شوند. نسبت به شمارش اقدام می‌کنند. در هر صورت اهمیت دارد که روش مناسب را با همکاری درمانجو برای مشارکت بیشتر او و دادن انگیزه به او انتخاب کنیم. اغلب سودمند است که به درمانجو یاد بدهیم که همیشه قادر خواهد بود تا صدای درمانگر را شنیده و به دستورات و راهنماییهای او به عنوان نوعی خط سیر زندگی پاسخ دهد. این مسأله هم‌چنین حضور درمانگر را در مرحلهٔ اولیهٔ زندگی درمانجو توجیه می‌کند.

دوم این که، درمانگر می‌تواند به درمانجو یاد بدهد که یا در مورد مادهٔ هیجانی خود در سنّین مختلف صحبت کرده و یا از علامت‌دهی فکری - حرکتی<sup>۱</sup> استفاده کند. این بار هم روش مورد استفاده بایستی در رابطه با درمانجو انتخاب شود. به نظر می‌رسد بعضی از مردم احساس می‌کنند که اگر کسی قادر به حرف زدن باشد واقعاً در حالت خلسه نیست؛ برای این‌گونه افراد، علامت‌دهی فکری - حرکتی بایستی به کار برده شود. اگر مناسب باشد، حرف زدن درمانجو بیشتر انعطاف‌پذیر است. درمانگر می‌تواند به درمانجو یاد بدهد که رویدادهای مهم زندگی‌اش را در سنّین و یا سالهای مختلف بازگو کرده و یا در هر دوره‌ای مکث نموده و از درمانجو در مورد خاطرات مهم‌اش سؤال کند. در علامت‌دهی حرکتی - فکری، درمانگر از درمانجو سؤالاتی را پرسیده و به او دستور می‌دهد که مثلاً انگشت سبابهٔ دست راست‌اش را موقع بله بودن پاسخ و انگشت سبابهٔ دست چپ را موقع خیر بودن پاسخ، بلند کند. قطعاً علامت‌دهی فکری - حرکتی بسیار کند صورت می‌گیرد ولی به اسرار و تشریفات هیپنوتیسم می‌افزاید که این نیز به نوبهٔ

خود می‌تواند انگیزه و مشارکت بعضی از آزمودنیها را افزایش دهد. میلتن اریکسون<sup>۱</sup> اغلب به آزمودنیها یاد می‌داد تا بگذارند «ضمیر ناخودآگاه‌شان» راهنمایی کند که کدام انگشت را باید بالا ببرند بنابراین میلتن اریکسون باعث شد که این فرآیند طوری جلوه کند که گوئی یک فرآیند غیرارادی است و این که باعث افزایش انگیزه هم می‌شود.

خصوصاً در مورد آزمودنیهای هیپنوتیسمی خوب این که، بهبودی ماده واپس رانده شده می‌تواند به تخلیه هیجانی زیادی منجر گردد. بنابراین بسیار حائز اهمیت است که هیپنوتیزور، درمانگر واجد شرایطی باشد که قادر است واکنشهای هیجانی را بسادگی و براحتی حل و فصل کند. این موضوع مسأله قبلی را که اظهار می‌دارد هیپنوتیسم خود درمان نبوده ولی تکنیک جنبی روان‌درمانی می‌باشد، مورد تأکید قرار می‌دهد. بنابراین هیپنودرمانگر اول بایستی درمانگر باشد بعد یک هیپنوتیزور. ماده مهمی که توسط هیپنوتیسم استخراج گردیده معمولاً باید مورد بحث و بررسی قرار گرفته و در جلسات بعدی مورد استفاده قرار گیرند.

کاربرد بازگشت سنی در هیپنوتیسم درمانی می‌تواند توسط مورد جین<sup>۲</sup> که از یکی از نویسندگان (ای. توماس داود) در مورد ترس شدید از تاریکی تقاضای کمک می‌کرد، توضیح داده شود. جین قبلاً به خاطر چند مشکل دیگر تحت درمان قرار گرفت و به طور رضایت بخش معالجه شد اکنون مصمم بود تا بر این ترس هم غلبه کند. شب هنگام وقتی در خانه تنها می‌ماند اضطراب شدیدی را گزارش می‌کرد و مرتباً در و پنجره‌ها را برای کسب اطمینان از بسته بودن آنها آزمایش می‌کرد. وقتی اطراف خود را خالی می‌دید می‌گفت: «مثل این است که کسی یا چیزی می‌خواهد او را بگیرد». حتی وقتی شب به سوی منزل رانندگی می‌کرد احساس اضطراب می‌نمود. علاوه بر این، مرتباً شبها جیغ می‌کشید و از هم‌اطاقی خود می‌خواست تا در کنار تخت‌خواب او نزدیک در بخوابد. او خودش را یک کمال‌گرا توصیف می‌کرد که نیاز شدیدی به کنترل خود و موقعیت داشت. سابقه خانوادگی او نسبتاً ضعیف بود. پدر و مادرش هر دو مرده بودند و پدرش زمانی که جین چهارده ساله بوده از دنیا رفته و مادرش سالهای زیادی کاملاً بیمار بوده

است. اکنون خواهری دارد که ۱۸ سال و برادری دارد که ۱۰ سال از او بزرگتر هستند. رابطه او با خواهرش صمیمی و با برادرش غیر صمیمی است. او دوران بچگی خوبی نداشته و همیشه از این ترس داشته که مادرش بیمار خواهد شد.

تلقینات هیپنوتیسمی اولیه نشان داد که جین، آزمودنی هیپنوتیسمی خوبی می باشد چرا که به طور رضایت بخش توانسته بود شناوری دست را علی رغم نگرانی اش در مورد صحیح انجام دادن کار، بخوبی اجرا کند (که این نیز احتمالاً به خاطر گرایشهای کمال جوئانه او بوده است). از آن جایی که یکی از شکایات مطروحه او این بود که هر شب در حال جیغ کشیدن از خواب بیدار می شود بنابراین درمانگر تصمیم گرفت تا مستقیماً به این مشکل حمله کند. با به کار بردن تکنیک تثبیت چشم و پایین آمدن از پله ها به عنوان تکنیکهای عمیق کننده، جین توانست بر راحتی در خلسه رود. یک رویه هیپنوتیسمی تناقضی به کار رفت که در آن چنین تلقین شد که تنها آن دسته از کسانی که واقعاً روی خود کنترل دارند می توانند به اندازه کافی برای از دست دادن موقت کنترل، احساس امنیت نمایند. بنابراین اگر کترلی را از دست می داد نشانگر این بود که دارای کنترل بیشتری است. بعد، درمانگر تلقین می کرد که قادر است تدریجاً ترس ناشی از تاریکی را از دست داده و در نتیجه تعداد دفعات بیدار شدن او از خواب و جیغ کشیدنش از بین برود. یاد زدودگی پس هیپنوتیسمی<sup>۱</sup> به او تلقین شد. به محض بیرون آمدن از خلسه، جین در حقیقت قادر نبود تا آن چه را که گفته شده به خاطر آورد بنابراین ثابت کرد که آزمودنی هیپنوتیسمی خوبی بوده است.

ارزیابی هایی که در جلسات بعدی صورت گرفت آشکار ساخت که حوادث بیدار شدن او از خواب و جیغ کشیدن در شبها آن طوری که توسط خود او و هم اطاقی اش نشان داده شد در حال از بین رفتن بود. ولی هنوز از تاریکی می ترسید. بنابراین برای ریشه یابی کردن اساس ترس او سعی شد از بازگشت سنی استفاده شود. موفقیت قبلی او در هیپنوتیسم نشان داد که قادر است به اندازه کافی برای استفاده از این تکنیک به حالت خلسه فرو برود. جین به جای روش تقویم سال، ترجیح داد به روش شمارش معکوس

سنی، واپس رانده شود. موقعی که جین در خلسه بود به او یاد داده شد تا حوادث مهمی را که فکر می‌کرد در ترس او از تاریکی اهمیت بیشتری داشته باشد، گزارش نماید. به خاطر آورد که در سن ۸ سالگی احساس گیجی می‌کرده و یادش آمد که در سن ۳ سالگی از انباری تاریک بسیار ترسیده است. بررسی نشان داد که پسر عمه او، او را به انباری عمه‌اش می‌برده و برای ترساندن او چراغهای انباری را خاموش می‌کرده است. جین هم فریادکنان از پله‌های انباری بالا می‌رفته است. او این رویدادها را در زمان گذشته توصیف می‌نمود که بیانگر این بود بازگشت سنی را به جای تجدید حیات سنی تجربه کرده است. بعد از خاتمه خلسه، اظهار داشت که هم سرگیجگی او و هم یادآوری انباری تاریک اکنون برایش تازگی دارند.

در جلسه بعدی بازگشت سنی مجدداً به کار رفت. از جین خواسته شد تا احساسات خود را زمانی که پسر عمه‌اش چراغها را خاموش می‌کرده، تصور نماید. وی آن را به عنوان احساس ناامیدکننده و ترس آور توصیف کرد. زمانی که جین در حالت خلسه بود، درمانگر با او در مورد این که چه طور بچه‌ها احساس درماندگی می‌کنند چرا که افراد بزرگسال قدرت بیشتری دارند، صحبت نمود. وقتی بچه‌ها بزرگتر می‌شوند آنها قدرتمندتر می‌شوند ولی اغلب این حقیقت را درک نمی‌کنند. درمانگر بعداً گفت: «لازم نیست به عنوان بزرگسال از چیزهایی بترسیم که وقتی بچه بودیم از آنها می‌ترسیدیم». به محض خاتمه خلسه، درمانگر در مورد این که چگونه ترس و رفتار فعلی او شبیه به آن چیزی است که او در سه سالگی تجربه می‌کرده، بحث و گفتگو نمود. در آن موقع او جیغ‌کنان از پله‌ها بالا می‌رفت و حالا جیغ‌کنان از خواب بیدار می‌شود؛ او احساس درماندگی می‌کرد چرا که نمی‌توانست موقعیت را کنترل کند و حالا هم وقتی که احساس کنترل نمی‌کند درماندگی به او دست می‌دهد. او گفت که قبلاً نمی‌دانسته که چطور ترسهای دوران بچگی می‌توانند به دوران بزرگسالی منتقل شوند.

جلسات بعدی معلوم ساخت که شبها خیلی بندرت از خواب بیدار می‌شد و جیغ هم نمی‌کشید. او گزارش کرد تقریباً از تاریکی دیگر نمی‌ترسد و وقتی هم ترس بوجود می‌آید می‌توانست به خودش بگوید که ترس او قدیمی و بی‌اساس بوده و به همین خاطر احساس بهتری می‌نمود.

این مورد، چند چیز را روشن می‌سازد. نخست این که نشان می‌دهد چگونه تلقین مستقیم که برای بهبودی نشانه به کار می‌رود بعضی وقتها می‌تواند در مورد علائم و نشانه‌های محدود مؤثر باشد. دوم این که، این مورد نشان می‌دهد چگونه بازگشت سنی می‌تواند برای کشف حوادث فراموش شده و یا واپس رانده شده مورد استفاده قرار گیرد. سوم این که، این مورد نشان می‌دهد که چگونه این‌گونه حوادث می‌توانند در چارچوب بزرگسالی برای منجر شدن به نشانه تسکین مورد تفسیر مجدد قرار گیرد. البته، تفسیر مجدد حوادث دوران بچگی در چارچوب حوادث بزرگسالی در بسیاری از درمانها معمول است. هیپنوتیسم برای بعضی از درمانجویان، روشی برای سهولت دادن به این فرآیند به حساب می‌آید. بنابراین، این مورد آشکارا روشن می‌سازد که هیپنوتیسم به‌خودی‌خود درمان نبوده ولی تکنیک جنبی روان‌درمانی به حساب می‌آید.

### خلاصه

هیپنوتیسم می‌تواند کمک بزرگی در درمان اضطراب، ترس و اختلالات مربوط به فشار روانی به شمار آید. در این فصل، چندین رویکرد هیپنوتیسم درمانی را که عبارتند از: تن‌آرامی هیپنوتیسمی ساده، حساسیت‌زدائی هیپنوتیسمی، بازسازی - شناختی و بازگشت سنی را شرح داده‌ایم.

## فصل پنجم

### کنترل درد به طریق هیپنوتیسم درمانی

بر خلاف تصور عموم، درد، پدیده پیچیده‌ای است. درد تنها احساسی جسمی نیست بلکه اغلب دربرگیرنده عوامل شناختی<sup>۱</sup>، ادراکی<sup>۲</sup>، هیجانی<sup>۳</sup>، رفتاری<sup>۴</sup>، و میان‌فردی<sup>۵</sup> است. این فصل، تعدادی از معروفترین انواع درد را توضیح داده و روشهای کنترل درد را به طریق هیپنوتیسم درمانی مورد بحث قرار خواهد داد. اما در ابتدا، عوامل مختلف درد توضیح داده می‌شود.

#### عوامل جسمی درد

برای نگرش به درد جسمی، دو راه پیشنهاد می‌کنیم. رویکرد اختصاصی ابراز می‌دارد که احساس درد از تحریک گیرنده‌های مخصوص درد ناشی می‌شود که عموماً تصور می‌گردد پایانه‌های آزاد عصب<sup>۱</sup> باشند که در بافت‌های بدن قرار دارند. گرچه تا حدی این عقیده ممکن و معقول به نظر می‌رسد چرا که در حقیقت در محل آسیب به نسبت شدت آن آسیب، احساس درد می‌کنیم اما دو مشکل عمده در مورد این عقیده

---

1. Cognitive

2. Perceptual

3. Emotional

4. Behavioral

5. Interpersonal

6. Free nerve endings



وجود دارد. نخست این که، عقیده مذکور نمی تواند این مسأله را توضیح دهد که چگونه، آنهایی که نشانگانهای یکسان درد<sup>۱</sup> از خود بروز می دهند اغلب، واکنش متفاوتی نسبت به آن ابراز می دارند. دوم این که، عقیده مذکور نمی تواند پدیده هایی نظیر پدیده درد اندام خیالی را توضیح دهد، جایی که درد، در عضو از دست رفته احساس می گردد. نظریه کنترل ورودی درد<sup>۲</sup> که توسط ملزاک و وال<sup>۳</sup> (۱۹۶۵) ابراز شده است عقیده دارد که تکانه های درد حاصله از گیرنده های حسی از طریق رشته های عصبی کوچک و رشته های عصبی بزرگ به نخاع شوکی منتقل می شوند. مکانیسمهای عصبی نخاع شوکی، شبیه دروازه ای عمل می کنند که می توانند جریان تکانه های عصبی را افزایش و یا کاهش دهند. مجموع مکانیسم کنترل ورودی می تواند به وسیله دستگاه اعصاب مرکزی کنترل شده و تجربه درد را تحت تأثیر قرار دهد. نشان داده شده است درد شدید می تواند توسط بمباران دستگاه اعصاب مرکزی با محرکهای غیر دردناک - مثلاً بستن «دروازه» به روی تکانه های درد آور - تسکین داده شود. اما در مورد دردهای مزمن، احتمال کمی وجود دارد که دروازه بتواند به وسیله چنین وسیله ای بسته نگه داشته شود.

### عوامل شناختی درد

نحوه تفکر افراد در مورد درد، بر چگونگی احساس آن تأثیر می گذارد. می توان یاد گرفت که به وسیله پرداختن به تخیلی که با تجربه درد، سازگاری ندارد - مثل تصور کردن صحنه ساحل - توجه کمتری نسبت به درد مبذول داشت. هم چنین می توان توسط تمرکز حواس بر اطراف خود، توجه خود را از احساسات دردناک منحرف نمود. شخص همچنین می تواند توجه خود را بر قسمتی از بدن که درد می کند معطوف داشته اما به طرز گسلی این کار را انجام دهد. علاوه بر این، شخص می تواند توجه خود را بر محل درد معطوف داشته اما آن را چیز دیگری مثلاً فشار بپندارد. نکته این است که با فکر کردن در مورد درد به طریقی متفاوت، چه به نحو انحرافی و چه به نحو گسلی تجربه

1. Identical pain syndrome

2. The gate control theory of pain

3. Melzack and wall

درد نیز در سایه آن تغییر خواهد یافت.

بسیاری از مردم به محض اولین احساس درد در مورد آن شروع به فاجعه‌پردازی می‌کنند. فاجعه‌پردازی؛ افکار منفی در مورد توانایی فرد در فائق آمدن به درد را شامل می‌شود. کسانی که در مورد دردشان فاجعه‌پردازی می‌کنند تصور می‌کنند که قادر نخواهند بود تا از عهده آن برآمده و یا این که تصور می‌کنند که درد همیشه با آنها خواهد بود و یا این که تصور می‌کنند دردشان بدتر خواهد شد. بنابراین، چنین افکاری باعث می‌شوند که شدت احساس درد، بیشتر شده، که خود این مسأله نیز منجر به احساس نومیدی و درماندگی و به احساس درد بیشتر و غیره منجر می‌گردد. اقداماتی که فاجعه‌پردازی را کاهش می‌دهند می‌توانند در کاهش درد نیز مؤثر باشند.

### عوامل ادراکی درد

مشاهده شده است افرادی که به دردشان توجه نموده و یا گوش به زنگ احساسات دردناکشان هستند در حقیقت درد بیشتری را احساس می‌کنند. از طرف دیگر، افرادی که به احساسات دردناک خود توجه نمی‌کنند اغلب درد را احساس نمی‌کنند. نمونه این مورد، فوتبالیست مجروحی است که صرفاً زمانی احساس درد نمود که بازی، متوقف شده و فرصتی پیش آمد که متوجه شود صدمه دیده است. این موضوع می‌تواند مشکل آفرین باشد خصوصاً برای کسانی که کار کمی داشته و وقت و انرژی زیادی جهت پرداختن به احساسات دردناک دارند. یکی از راه حل‌های آشکار برای این دسته از افراد این است که آنها را به کاری که وقت‌شان را اشغال نماید مشغول ساخته و بدین وسیله به آنها کمک کنیم تا نسبت به دردشان توجه کمتری مبذول دارند.

### عوامل هیجانی درد

تجربه درد می‌تواند سبب تهییج‌پذیری زیادی بشود. که آشکارترین این هیجانات، اضطراب است. مردم زمانی شدیداً مضطرب می‌شوند که احساس درد نمایند خصوصاً زمانی که رویداد درد نتواند پیش‌بینی گردد. در این شرایط، مردم زمانی که انتظار شروع درد را دارند مضطرب می‌شوند که این مسأله صرفاً درد را تشدید می‌کند. در این حالت،

سریعاً الگویی درست می‌شود که در آن درد منقطع<sup>۱</sup> منجر به انتظار اضطراب‌زا شده که خود این مسأله نیز منجر به احساس زیاد درد و اضطراب می‌گردد. علاوه بر این، مردم اغلب، عضلات خود را قبل و یا در حین احساس درد به عنوان نوعی راهبرد مقابله با درد، سفت می‌کنند. اما بجای کاهش درد، تنش عضلانی، درد مضاعفی را بوجود می‌آورد. این، نمونه‌ای از راهبرد مقابله‌ای است که در واقع، مشکل را بدتر می‌کند. اما افراد عموماً در مورد تکنیکهای کنترل درد مطلع نبوده و بنابراین مرتکب خطا می‌شوند. تکنیکهایی چون شیوه‌های تن‌آرامی که تنش و اضطراب را کاهش می‌دهند می‌توانند مفید باشند.

### عوامل رفتاری درد

مردم زمانی که احساس درد می‌کنند شماری از «رفتار دردمندانه» از خود نشان می‌دهند. این‌گونه رفتارها شامل شکایت شفاهی، اجتناب از فعالیت، آه و ناله کردن، مثل چوب راه رفتن، گذاشتن دست روی محل درد و چیزهای شبیه اینها می‌شوند. این‌گونه فعالیتها در ابتدا جلوه‌های درد محسوب می‌شوند اما بتدریج بصورت نشانه‌های درد در می‌آیند. در واقع، انجام این‌گونه رفتارهاست که یادآور می‌شود که شخص باید احساس درد بکند و یا احساس درد می‌کند. علاوه بر این، این رفتارها، احساس درد را افزایش می‌دهند. باز، دور باطل پیدا می‌شود که در آن درد در بعضی رفتار، مشاهده شده که این نیز به نوبه خود درد را تشدید می‌کند. بنابراین در درمان درد متوقف کردن این فعالیتها، حائز اهمیت است.

### عوامل میان‌فردی درد

تجارب درد می‌تواند از لحاظ اجتماعی هم، برای فرد، مورد تقویت قرار گیرد. این عمل، نفع ثانوی بیماری<sup>۲</sup> نامیده می‌شود. درد به عنوان رفتار آموخته شده<sup>۳</sup> تلقی

1. Intermittent pain

2. Secondary gain

3. Learned behavior

می‌گردد که با تغییر نتایج تقویت‌کننده، می‌تواند تغییر داده شود. ویلبرت فوردیس<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) معتقد بود که درد، رفتاری آموخته و تقویت شده است. او عقیده داشت اگر رفتارهایی که درد را نشان می‌دهند در محیط تقویت شوند، تکرار بیشتری پیدا می‌کنند و اگر منجر به افزایش توجه از ناحیه دیگران بشود و یا منجر به اجتناب از مسئولیتها گردد در این صورت ممکن است فرد به ادامه آنها تحریک گردد. بنابراین، رفتار دردناکی که به طور اساسی به وسیله عوامل عضوی ایجاد شده باشد در حقیقت می‌تواند در پاسخ به تقویت‌کننده‌های محیطی، بعد از ناپدید شدن علت عضوی رخ دهد. بنابراین درمانگر بایستی محیط درمانجویان را برای یافتن تقویت‌کننده‌های احتمالی تجربه درد، بررسی و آزمایش نماید.

گالاگر و روبل<sup>۲</sup> (۱۹۸۲)، بیماری مزمن رفتاری (از جمله درد) را بر حسب مفهوم نقش - بیماری<sup>۳</sup> تعریف کرده است. فرد بیمار به دلیل نداشتن عملکرد مطلوب از انجام وظایفی که از دیگران انتظار رعایت آنها می‌رود، معاف می‌گردد. آنها این موضوع را «وابستگی مشروع اجتماعی»<sup>۴</sup> می‌نامند. معاف بودن از مسئولیت اجتماعی و دریافت توجه بیشتر از ناحیه دیگران می‌تواند بطور قوی احساس درد و وابستگی و رفتارهای دردناک را تقویت کند.

## اقسام درد

گرچه بسیاری از مردم، درد را همگی یکجور می‌پندارند که تنها در شدت احساس درد با هم فرق می‌کنند، اما در حقیقت چند نوع درد وجود دارد. به عنوان مثال، تورک، ماخنباوم، و گنست<sup>۵</sup> (۱۹۸۳) درد بالینی را به پنج دسته مختلف طبقه‌بندی کرده‌اند که چهار نوع از آنها در پایین آمده است. اقدامات درمانی هر یک از اینها با هم دیگر فرق می‌کنند.

1. Wilbert Fordyce

2. Gallager and wrobel

3. Sick - role concept

4. Socially legitimized dependency

5. Turk, Meichenbaum and Genest

۱ - درد حاد<sup>۱</sup>: این نوع درد دارای محدودیت زمانی بوده و مدت آن کمتر از ۶ ماه است که شامل درد بعد از عمل جراحی، دندان‌درد و درد بعد از زایمان می‌شود. از آن جایی که درد حاد تدریجاً از لحاظ شدت رو به کاهش می‌گذارد بنابراین، تکنیکهای تن‌آرامی و شیوه‌های دیگر کاهش اضطراب عموماً برای تسکین درد کافی هستند اما با وجود این؛ عوامل روان‌شناختی و نفع ثانوی بیماری معمولاً وجود دارد.

۲ - درد دوره‌ای و مزمن<sup>۲</sup>: این نوع درد، متناوب، شدید و تکرارشونده است. به عنوان مثال می‌توان از سردردهای میگرن<sup>۳</sup> و درد شدید عصب سه شاخه<sup>۴</sup> نام برد. گرچه عوامل روان‌شناختی می‌توانند حضور داشته باشند اما به احتمال زیاد علل فیزیولوژیکی نیز در این نوع درد وجود دارد. درمان می‌تواند روی تکنیکهای تسکین بینش نظیر تلقینات مستقیم جهت کاهش درد و یا روی تکنیکهای تن‌آرامی متمرکز گردد. اقداماتی که در ارتباط با جوانب بازگشت‌کنندگی درد هستند می‌توانند در این زمینه سودمند باشند. به عنوان مثال آموزش مهارت‌های هیپنوتیسم که در فصل دوم توضیح داده شد می‌تواند مفید واقع گردند. این حقیقت که درد، محدودیت زمانی دارد مفید می‌باشد چرا که اقدامات موقت باعث تسکین درد می‌شوند هر چند که باید هنگام برگشت درد تکرار شوند. درمانجو باید از این اشتباه پرهیزد که هیپنوتیسم باعث مداوای سحرآمیز نمی‌گردد و از طرفی باید به راهبردهای مقابله مجهز گردد، تا بتواند موقع بازگشت درد از آنها استفاده کند.

۳ - درد مزمن، خوش‌خیم و بدخیم<sup>۵</sup>: این‌گونه دردها، اغلب اوقات حضور داشته و از نظر سطح شدت تغییر می‌یابند. مثال نخستین، درد پایین کمر است که در آن نفع ثانوی بیماری و عوامل روان‌شناختی نقش زیادی را ایفاء کرده و اغلب بیشتر از عوامل جسمانی، نقش ایفاء می‌کنند. بنابراین؛ در هر برنامه درمانی بایستی متغیرهای تقویت‌کننده محیطی از قبیل جبران مالی و اعضای خانواده برای درد مداوم در نظر گرفته

1. Acute pain

2. Chronic, periodic pain

3. Migraine headaches

4. Trigeminal neuralgia

5. Intractable, benign pain

شود. گرچه زمانی ریشه اصلی درد، ریشه جسمانی بوده است اما جنبه‌های میان‌فردی درد اکنون می‌تواند علت بروز همه و یا اغلب دردها را توضیح دهد. اغلب از اثرات باقی ماندن در حالت درد منافع اجتماعی و روان‌شناختی مهمی به دست می‌آید. درمانی که تنها روی کاهش درد متمرکز گردد اغلب با شکست روبرو می‌شود چرا که ممکن است فرد، فواید ناتوانی و یا روان‌شناختی نقش بیماری را در صورت برطرف شدن و یا کاهش درد از دست بدهد. برای بررسی نحوه مقابله با این مشکل، به فصل هشتم در مورد مقاومت نگاه کنید.

۴ - درد پیش‌رونده، مزمن: این‌گونه درد اغلب با سرطان و دردهای دیگر بدخیم همراه است. شاید مشکلترین نوع درد باشد که بتواند بطور موفقیت‌آمیز درمان گردد. اقدامات کاهش درد موقتی که طبق نظریه کنترل ورودی ملزاک و وال، بطور مؤثر جلوی بروز درد را می‌گیرد ممکن است در پیشگیری از درد مؤثر نباشد. ماهیت پیش‌روندگی و پیوستگی درد، منابع هیجانی و جسمانی شخص را تخلیه کرده و به انجام رساندن تلاش‌های لازم در جهت رهایی و تسکین درد را مشکلتر می‌سازد. اضطراب، اغلب ویژگی بارز این نوع درد بوده و تن‌آرامی ساده گاهی اوقات در کاهش اضطراب و احساس درد، مؤثر می‌باشد. نفع ثانوی بیماری و عوامل روان‌شناختی به ندرت پا برجا هستند به نحوی که درمان می‌تواند بطور مستقیم و مؤثر روی تسکین درد متمرکز گردد.

### سنجش و ارزیابی درد

گرچه برای ارزیابی و سنجش درد، آزمونهای کتبی وجود دارد، اما سنجش درد از طریق شیوه‌های خودبازبینی، سودمندی بیشتری دارد. در این روش به درمانجویان یاد داده می‌شود تا موقعیتهای خاصی را که در آنها درد را تجربه می‌کنند، بازبینی کرده و آن چه را که موقع تجربه درد احساس می‌کنند و یا به آن چه که موقع احساس درد فکر می‌کنند دقیقاً نگریسته و شدت و مدت درد و مقدار داروی مصرفی را ثبت نمایند. بدین منظور به جدول شماره ۵ - ۱ در خصوص نمونه یادداشت‌برداری از درد نگاه کنید. شناسایی و مشخص کردن عواملی که درد را ایجاد و یا تشدید می‌کنند نظیر اضطراب و تنش که منجر به سردرد می‌شود و نیز مشخص کردن عواملی که درد را حفظ و یا تقویت

می‌کنند نظیر انفعالی بودن، اجتناب از مسؤولیتها و وابستگی دارویی، امکان‌پذیر می‌باشد.

یکی دیگر از مزایای باارزش خودبازبینی این است که به متخصص بالینی اجازه می‌دهد تا درد را بر حسب، شدت و مدت و مقدار، اندازه گرفته و بازبینی کردن پیشرفت درمانجو را ممکن می‌سازد. کسانی که احساس درد می‌کنند در جستجوی تسکین فوری بر آمده و از هیپنوتیسم انتظار رفع معجزه‌آسای درد را دارند. در صورتی که هیپنوتیسم در مورد اکثر بیماران درد را کاهش داده اما به طور کامل آن را رفع نمی‌کند. در هیپنوتیسم درمانی، پیشرفت اغلب به صورت تدریجی رخ می‌دهد علی‌رغم این که پیشرفت در یکی یا دو جلسه صورت نمی‌گیرد. لازم است درمانجویان بدانند که چگونه خود هیپنوتیسم را بکار برده تا بتوانند هر وقت که لازم باشد بر درد فائق آیند. وقتی در نتیجه خودبازبینی مداوم، اطلاعاتی در دسترس باشد می‌توان گفت که درمانجو در حقیقت پیشرفت نموده است. اغلب اوقات، تغییر خیلی ظریف است و شاید صرفاً در یک ناحیه به صورت کاهش دفعات، شدت و مدت درد مشاهده شود و یا این که ممکن است صرفاً شامل کاهش در میزان داروی مورد نیاز جهت کنترل درد شود. درمانجویانی که درد مزمن دارند براحتی نومید گشته و خصوصاً در آغاز درمان و یا موقع تجربه شکست، نومید و درمانده می‌شوند.

اطلاعاتی که گرایش به بهبودی را نشان می‌دهند می‌توانند برای بازداشتن درمانجو از نومید شدن ارائه گردند. مزیت داشتن و به کار بردن چند مقیاس (به عنوان مثال تعداد دفعات، شدت و مدت درد و میزان داروی مصرفی) این است که احتمال مشخص کردن و شناسائی پیشرفت را در صورتی که پیشرفتی مشاهده شود، افزایش می‌دهد. پیشرفت می‌تواند تنها در یکی از مقیاسها در آغاز درمان منعکس شود. به عنوان مثال، اولین تغییری که می‌تواند در سردردهای درمانجو رخ دهد این است که این سردردها از لحاظ شدت کاهش می‌یابند حتی اگر قبل از درمان هم به طور مکرر رخ داده و پایدار مانده‌اند و یا ممکن است سردردها با همان تعداد و شدت رخ داده اما در نتیجه استفاده درمانجو از خودهیپنوتیسم، مدت آنها کوتاهتر شود.

اقدام دیگر در این زمینه این است که تغییر اولیه به دلیل استفاده درمانجو از

خودهیپنوتیسم به صورت کاهش دارو مشاهده می شود. نکته مهم این است، در صورتی که این تغییرات را اندازه نگیرید هم شما و هم درمانجو از پیشرفت درمانی باخبر نبوده و خیلی سریع دست از تلاش برمی دارید.

### درمان درد: ملاحظات کلی

قبل از اینکه سعی کنیم درد را به وسیله هیپنوتیسم برطرف کنیم، حائز اهمیت بسیار است که درمانجو را از لحاظ پزشکی مورد ارزیابی قرار داده تا مطمئن شویم آیا درد به علت وضعیتی است که نیاز به درمان پزشکی دارد یا خیر. درد، سیستم هشداردهنده بدن است که هشدار می دهد در بدن بیماری یافت می شود. برداشتن سیستم هشداردهنده بدن بدون رفع منابع درد به وسیله درمان پزشکی، یقیناً کار غیراخلاقی و احتمالاً خطرناک است. تنها زمانی که تشخیص طبی نشان دهد که درد ریشه عضوی نداشته و یا اگر از لحاظ پزشکی قابل درمان نباشد در این صورت، درمان هیپنوتیسمی توصیه می شود. بنابراین کنترل درد معمولاً بایستی به وسیله پزشک و با مراجعه به او صورت گیرد به همین دلیل عموماً برطرف کردن کلی احساسات درد یک زخم، کار مطلوبی نیست. درد معمولاً از لحاظ عضوی، روان شناختی، به عنوان یک هدف معتبر بکار می رود به همین جهت موقع رفع درد، عاقلانه است که بگذاریم مقداری از آن باقی بماند.

اضطراب و تنش اغلب در کنترل درد خصوصاً در درد مزمن به دلیل ماهیت تدریجی و پیشروندگی مشکلات همبسته ای هستند. زمانی که درد، بیشتر و بیشتر غیرقابل کنترل و غیرقابل پیش بینی می گردد، نیروهای مقابله ای انسان نیز رو به کاهش و نابودی گذارده و وقتی فرد برای حمله بعدی درد، تحریک شده و مقاومت می کند تنش و اضطراب او نیز افزایش می یابد. متأسفانه از طرفی این گونه اضطراب و تنش فزاینده، منجر به احساس شدید درد گردیده و حلقه ناسازگاری شروع می شود. بنابراین تکنیکهای کاهش اضطراب و تنش (به فصل ۴ نگاه کنید) نظیر شیوه های تن آرامی، اغلب، اثر کاهش احساس درد را نیز دارند.

بحتهای قابل توجهی در خصوص اثر استعداد هیپنوتیسمی (یعنی توانایی



جدول شماره ۵ - ۱ - نمونه‌ای از نحوه ثبت خود بازنمایی درد

تاریخ	زمان	موقعیت	افکار	احساسات	افعال	شدت ۱-۱۰	مدت	دارو
۵/۱	۷/۳۰ قبل از ظهر	در حال دراز کشیدن در تختخواب و فکر کردن درباره انجام کارهای عادی روزمره	روز بستی خواهد بود می‌دانم اگر بخوام فعال باشم و کار کنم درد به سراغم خواهد آمد.	اضطراب	چند ساعت در تختخواب ماند	۸	۵ ساعت	۵ میلی‌گرم والپروم ۱ تیلنول (کدئین دار)
۵/۱	۲/۰۰ از نصف شب	در حال فکر کردن در مورد این که چگونه هارولد (شوهرش) از او به خاطر تمام نکردن کار انتقاد خواهد کرد	او دیوانه خواهد شد و صحنه زنجی خواهم دیدم داشت. نحوه برخورد او را نمی‌توانم تحمل کنم. برخورد او ناامید کننده است. چیزی تغییر نمی‌خواهد یافت.	اضطراب عصبانیت افسردگی	سعی نکرد کاری انجام دهد	۱۰	۲ ساعت	۵ میلی‌گرم والپروم ۲ تیلنول
۵/۱	۸/۰۰ قبل از ظهر	جنگ و دعوا با هارولد	او مرا درک نمی‌کند و هرگز درک نخواهد کرد.	عصبانیت افسردگی	زود به خواب رفت ۹ ساعت بعد از ظهر	۹	۱ ساعت	۲۰۰ میلی‌گرم ۲ تیلنول

پاسخدهی به تلقینات) در کنترل موفقیت آمیز درد به وسیله روشهای هیپنوتیسمی وجود دارد. هم چنین اختلاف نظرهایی در مورد این که آیا توانایی هیپنوتیسمی در افراد مختلف فرق می کند یا نه، وجود دارد که این موضوع در فصول یک و دو توضیح داده شده است. به هر حال، ملاحظه این بحث و جدلها فراتر از محدوده این کتاب می باشد. عوامل موقعیتی از قبیل رابطه هیپنودرمانگر و درمانجو، انگیزه درمانجو و انتظار تغییر همه بر استعداد هیپنوتیسم شدن تأثیر می گذارند. گارگیلو<sup>۱</sup> (۱۹۸۳) پی برد آزمودنیهایی که آموزش مهارتهای هیپنوتیسم را کسب کرده بودند نسبت به آزمودنیهایی که این آموزش را کسب نکرده بودند، در تحمل درد و کاهش آن و در استفاده از راهبردهای مقابله، از خود توانایی بیشتری را نشان دادند. آموزش مهارتهای هیپنوتیسم، اثر زیادی نسبت به تلقین و یا استعداد هیپنوتیسمی بر کاهش و تحمل درد داشته است. او همچنین دریافت که آموزش مهارتهای هیپنوتیسم می تواند تا حدی، استعداد هیپنوتیسمی را تغییر دهد و هر چند که نمرات قبلی توانمندی پذیرش تلقینات؛ برای توانمندی تلقینات بعدی افراد، بهترین پیش بینی کننده هستند. به نظر می رسد شواهد نشان می دهد که مردم کم و بیش دارای استعداد و توانایی هیپنوتیسمی بوده و آموزش مهارتها می تواند این توانایی و استعداد را تغییر دهد. تکنیکهایی چون گسستگی، تبدیل و بی حسی، هیپنوتیسم پذیری بیشتری را طلب می کنند در حالی که تکنیکهای دیگری چون تن آرامی، حواسپرتی و بی دردی چنین نیستند. گرچه این موضوع صحت دارد که آزمودنی های هیپنوتیسمی خوب می توانند به راحتی و بسادگی به خلسه رفته و به همین جهت از گسترش درد شدید خود سریعتر جلوگیری کنند اما این موضوع هم صحت دارد که اغلب کارهای درمانی می تواند در خلسه متوسط و یا سبک صورت پذیرد. هیپنوتیسم می تواند برای آزمودنیهای نسبتاً ضعیف در صورتی که انگیزه و اعتماد و اطمینان بیشتری به درمان داشته باشند، مفید واقع گردد. این گونه آزمودنیها اگر آموزش مهارتهای هیپنوتیسمی را کسب کنند می توانند تبدیل به آزمودنیهای مناسب شوند.

خصوصاً در درمان درد از طریق شیوه های هیپنوتیسمی بسیار حائز اهمیت است

که درمانجویان را مطلع سازیم که در واقع و در اغلب موارد هیپنوتیسم نمی‌تواند کاری بکند که درد فوراً و کاملاً و یا برای همیشه از بین برود. همان‌طوری که قبلاً بحث شد، هیپنوتیسم تا حدی توسط عده‌ی کثیری از افراد غیرمتخصص دارای کیفیتهای سحرآمیز تلقی شده و اغلب چنین انتظار داشته‌اند که با کمترین تلاش از سوی آنها از هیپنوتیسم بهره‌کلانی خواهند برد. بهتر است که این برداشت‌های نادرست تصحیح گردند تا این که درمانجو را در آینده ناامید نکنند.

### درمان درد: تکنیکهای اختصاصی

تعدادی از تکنیکهای هیپنوتیسمی اختصاصی کنترل درد به وجود آمده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بعضی از این تکنیکها، کاربرد عمومی داشته در حالی که بعضی دیگر در مورد انواع مشکلات درد به کار برده می‌شوند. بعضی از تکنیکهای رایجتر اکنون همراه با تلقیناتی برای کاربرد بهتر آنها، توضیح داده شده و نمونه‌هایی از شیوه هیپنوتیسمی که می‌توانند، موقع جلسه بودن درمانجو، به کار برده شوند توضیح داده خواهد شد گرچه به خوانندگان تأکید می‌شود تا این رویه‌ها را تغییر داده و از رویه‌های خودشان به اقتصادی نیازهای موقعیتی استفاده نمایند. هیچ‌گونه رویه استاندارد نمی‌تواند در مورد همه افراد، کاربرد داشته باشد.

### تن آرامی هیپنوتیسمی

شیوه‌های تن آرامی که در فصل دوم توضیح داده شد، اغلب در کنترل درد، خصوصاً درد حاد، بسیار مؤثر هستند. این بدان خاطر است که تن آرامی، اضطراب و تنش را که اغلب احساس درد را بدتر می‌کند، کاهش می‌دهد. اگر اضطراب و تنش از بین بروند، احساس درد نیز کاهش خواهد یافت. علاوه بر این، شخص، راهبرد مقابله با درد را یاد می‌گیرد تا موقع برگشت درد مورد استفاده قرار داده و امیدوار گردد که درد می‌تواند در آینده کنترل شود. خصوصاً در مواردی که درد به علت موقعیت موقت، مثل درد بعد از عمل جراحی، باشد، ممکن است این راهبرد، تنها چیز لازم باشد. از آن جا که تقریباً هر کسی چه آزمودنی هیپنوتیسمی خوب باشد و چه آزمودنی هیپنوتیسمی

ضعیف، می‌تواند از تن‌آرامی بهره‌مند گردد، تذکرات و توصیه‌های زیادی در مورد این تکنیک وجود دارد.

برای جلوگیری از ناامید شدن درمانجو در صورتی که او برای هیپنوتیسم شدن مراجعه کرده باشد، شیوهٔ تن‌آرامی می‌تواند به عنوان هیپنوتیسم به کار رود که این نیز در فصل دوم توضیح داده شده است.

### تلقین مستقیم

برای درمانجویانی که انگیزهٔ زیادی برای هیپنوتیسم شدن داشته اما برای محدود کردن شدت درد، توان کمی دارند، برای برطرف نمودن درد و یا کاهش آن، تلقین مستقیم می‌تواند موثر باشد. از طرفی، این تکنیک بنا به دلایلی، کاربرد محدودی دارد. نخست این که، اگر شدت درد زیاد باشد، احتمال موفقیت بسیار کم است. دوم این که، راهبردهای مقابله با درد را به درمانجو نمی‌دهد و بنا بر همین دلیل احتمال دارد که با گذشت زمان کارآیی آن از بین برود. سوم این که، این تکنیک نیاز به آزمودنی هیپنوتیسمی خوب با استعداد خوب خلسه‌ای و با انگیزه بسیار زیاد دارد. چهارم این که، هیپنودرمانگر را بخاطر کاهش اعتبارش به شکست وا می‌دارد. البته، تلقین مستقیم برای کنترل درد صرفاً باید زمانی به کار برده شود که آزمایش طبی، درمان عضوی قابل علاج را رد کرده باشد. بهتر است متذکر شویم که با این تکنیک، درد تنها کاهش خواهد یافت و از بین نخواهد رفت این شیوه در مورد درد حاد، که پایهٔ عضوی داشته باشد کارآیی بهتری دارد. درمانجویانی که درد روان‌زادی دارند ممکن است تلقینات هیپنوتیسمی را خنثی سازند. درد مزمن، خصوصاً دردی که از نوع پیشرونده باشد، ممکن است کارآیی این تکنیک را از بین ببرد. برای استفاده از این تکنیک، ابتدا درمانجو را به خلسه برده و بعد به او بشرح ذیل تلقین کنید:

به محض این که دریابید دارید احساس تن‌آرام و راحتی می‌کنید، کشف خواهید نمود که احساسات دردناک‌تان دارند به نحو قابل توجهی کمتر و کمتر می‌شوند. دردتان تدریجاً طوری از بین خواهد رفت که اصلاً دردی را حس نخواهید کرد و هر چه بیشتر تن‌آرام بشوید و یا هر چه بیشتر به خلسه بروید، راحتی و

تن آرامی بیشتری احساس خواهید نمود طوری که دیگر اصلاً دردی را حس نخواهید کرد و بعد احساس خوشحالی به شما دست داده و در خواهید یافت که وقتی از خلسه بیرون بیایید با کمال تعجب مشاهده خواهید کرد که دردتان (تقریباً) ناپدید گشته است.

### تلقین غیرمستقیم

تلقین غیرمستقیم برای برطرف کردن و یا کاهش درد، شبیه تلقین مستقیم است. بجز این که طوری القاء می‌گردد که درمانجو را وادار به مقاومت نمی‌کند. کلماتی چون «راحت»، «تن آرام»، «آرامش» مورد تأکید قرار می‌گیرند و شخص تشویق می‌شود که بگذارد درد بتدریج از بین برود. البته تلقینات ضمنی خصوصاً به وسیله هیپنودرمانگران روش اریکسون به کار برده می‌شود (به فصل ۸ نگاه کنید). تلقین غیرمستقیم نسبت به تلقین مستقیم در درمان درد روان‌زاد کارایی بیشتری دارد چرا که این شیوه با ظرافت بیشتر تمایل به کاهش مقاومت درمانجو دارد. نمونه خوبی از شیوه تلقین هیپنوتیسمی غیرمستقیم در خصوص کاهش درد، می‌تواند در کتاب هلی و داود<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) پیدا شود.

### تغییر درد

درد می‌تواند به وسیله هیپنوتیسم تغییر داده شود. در این زمینه دو نوع تغییر درد مورد استفاده بوده است: تغییراتی که در آنها درد در حقیقت به بخش دیگری از بدن انتقال می‌یابد و تغییراتی که در آنها خود درد به نوع دیگری از احساس درد تبدیل می‌شود که سازش با آن آسانتر از درد قبلی است. نوع اولی دربرگیرنده تغییر فیزیکی است در حالی که نوع دوم دربرگیرنده تغییر روان‌شناختی درد است که هرکدام از اینها به نوبه خود توضیح داده خواهد شد.

در نوع تغییر فیزیکی درد، درد به آن قسمت از بدن منتقل می‌شود که نسبت به فعالیت‌های شخص از مرکزیت کمتری برخوردار بوده و یا به محلی منتقل می‌شود که چنان

مضحک می‌باشد که شخص قادر است به طرز خنده‌آوری با آن مقابله کرده و با درد به طرز گسلسی برخورد نماید. به عنوان مثال، درد کمر<sup>۱</sup> می‌تواند به نوک انگشت پا، جایی که با فعالیتهای روزانه کمتری تماس دارد، منتقل گردد و یا سردرد می‌تواند به انگشت کوچک دست راست و یا به طرز خنده‌آوری به لاله گوش منتقل شود. این شیوه خصوصاً در مواردی چون دردهای خوش‌خیم و بدخیم و مزمن دارای ارزش است، مواردی که در آنها لازم است بنا به دلایل روان‌شناختی، درد نگه داشته شود؛ از درمانجو خواسته می‌شود تا درد را رها نکرده بلکه صرفاً آن را تغییر دهد. اغلب سودمند است که از درمانجویان پرسیده شود که می‌خواهند درد به کجا منتقل شود تا این که درمانجو در فرآیند درمان سهیم گردد.

تغییر محل درد به شرح ذیل صورت می‌گیرد. بعد از این که آزمودنی در حالت خلسه قرار گرفت به او یاد داده می‌شود تا محل دردناک بدن را معمولاً با دست راست لمس کرده و آن را توسط لمس با همان دست به بخش دیگری از بدن منتقل نماید. اگر لازم باشد، تلقینات نیز می‌توانند برای کاهش درد در محل جدید مورد استفاده قرار گیرند. دستوری نظیر دستور زیر می‌تواند به کار برده شود:

می‌توانید دست راستان را به آرامی طوری حرکت دهید که پشت‌تان را در نقطه دردناک، لمس نماید. با لمس کردن پشت‌تان توسط دست، می‌توانید از احساسات دردناکی که از ناحیه پشت‌تان به سمت دستتان در جریان است، باخبر شوید ... حالا به آرامی به دستتان اجازه دهید تا بطرف شانه چپتان حرکت نموده و با صورت گرفتن چنین کاری تخفیف درد را احساس نمایید. وقتی دستتان، شانه چپتان را لمس نمود، می‌توانید احساس کنید که درد به شانه‌تان منتقل شده اما تا حدی نسبت به قبل، درد کمتری دارد. حالا دستتان را برداشته و بگذارید به آرامی روی زانویتان بیفتد.

درد همچنین می‌تواند به احساسات دیگری تبدیل شود و این شیوه نیز مثل شیوه قبل در مواردی چون درد مزمن و درد روان‌زاد سودمند است. علاوه براین، کارکرد

علامت‌دهی درد باقی مانده اما رنج و ناتوانی آن کاهش می‌یابد. به عنوان مثال، تلقینات می‌توانند طوری داده شوند که فرد احساس خارش و سوزش و یا احساس گرمی در ناحیه درد و نه در نقطه درد احساس نماید. تا حدی، این تکنیک براساس این مشاهده معروف است که عنوانی که به چیزی می‌دهیم ممکن است تا حدی نحوه پاسخدهی به آن را تعیین کند چرا که معنی یک رویداد و یا شئی‌ای تا اندازه‌ای مربوط به کارکرد اسمی آن است. به عنوان مثال، ممکن است پاسخدهی ما نسبت به رفتاری که عنوان «پرخاشگری» دارد کاملاً متفاوت از پاسخی‌ای باشد که به رفتاری چون «راست‌گویی» بدهیم، هر چند که رفتار واقعی می‌تواند در هر دو مورد یکسان باشد. به درمانجو ممکن است تلقینی به شرح ذیل داده شود:

«وقتی توجه دقیقی را به احساس درد در ناحیه پشت‌تان (محل درد) مبذول می‌دارید می‌توانید از احساس گرمی موجود باخبر شوید و وقتی دارید به این احساس ادامه می‌دهید بتدریج جایگزین احساسات دیگر شده و آنچه را که در آن محل احساس خواهید کرد همین احساس گرمی خواهد بود. می‌توانید تا زمانی که بدان نیاز دارید این احساس را در آن محل نگه دارید».

### بی‌دردی<sup>۱</sup> و بی‌حسی<sup>۲</sup> هیپنوتیسمی

کرختی حس، بدون از دست دادن هشیاری را آنالگسیا و یا بی‌دردی می‌نامند که با تلقینات کرختی در محل درد ایجاد می‌شود. در بی‌حسی هیپنوتیسمی، شخص فقدان حس را تجربه می‌کند، برای ایجاد بی‌حسی و بی‌دردی، شیوه‌های یکسانی به کار می‌رود. اختلاف و تفاوت در این است که چطور درمانجو به تلقینات پاسخ می‌دهد. اشخاصی که هیپنوتیسم‌پذیری آنها بسیار بالاست می‌توانند بی‌حسی را تجربه نمایند در صورتی که اغلب افراد صرفاً بی‌دردی را تجربه می‌نمایند. بی‌دردی و بی‌حسی به یکی از دو روش زیر صورت می‌گیرد. از درمانجو خواسته می‌شود تا تصور کند که محل درد دارد بی‌حس می‌شود گویی که داروی بی‌حس‌کننده مصرف شده است. و یا این که برای

بی حس شدن محل درد، تلقیناتی به یک دست داده می شود تا بی حس شود و سپس بی حسی می تواند به محل درد منتقل می گردد. تکنیک اخیر، دربرگیرنده تشریفات اضافی است که در مواردی ممکن است بی حسی را تشدید سازد.

چون این تکنیک دربرگیرنده آموزش مهارت‌های مقابله به درمانجویان است بنابراین بی دردی هیپنوتیسمی می تواند در مورد درد مزمن چه از نوع خوش خیم باشد چه از نوع بدخیم، سودمند باشد. از آنجایی که این تکنیک به طور عادی درد را کاهش داده و آن را کاملاً برطرف نمی کند بنابراین بی دردی می تواند برای درد روان‌زاد، که در آن باقی ماندن مقداری درد برای درمانجو مفید است، مؤثر باشد. می توان مسئولیت کاهش درد را به درمانجویان سپرد بدین طریق که به آنها یاد داد تا هر اندازه‌ای که نیاز دارند درد را در زمان حال نگه داشته و در زمان نامعینی در آینده تا هر مقداری که بخواهند کاهش دهند. این دو پدیده می توانند به عنوان بخشی از آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی یاد داده شده (به فصل دوم نگاه کنید) و یا به وسیله شیوه‌های اریکسون، تلقین شوند. درمانجویان مقاوم، خصوصاً درمانجویانی که از دردشان نفع ثانوی بیماری را دریافت می کنند ممکن است در مقابل رویکرد آموزش مهارت‌ها که در آن به درمانجویان چگونگی تلقین بی دردی و بی حسی یاد داده می شود، مقاومت کنند اما ممکن است در برابر روش غیرمستقیم مثل روش زیر، پاسخدهی بیشتری داشته باشند (تلقینات ضمنی با حروف درشت، چاپ شده و با تأکید ادا می شوند):

«وقتی توجه‌تان را بر محل دردناک متمرکز می سازید، می توانید چنانچه بخواهید بی حسی تدریجی را در محل درد احساس کنید. وقتی دارید توجه‌تان را متمرکز می سازید، می توانید احساس کنید که بی حسی و کرختی دارد در تمامی قسمتهای محل دردناک پخش می شود و درد کمتری را به جا می گذارد! و می توانید تصمیم بگیرید که دیگر نیازی به آن درد ندارید و می توانید بگذارید تا درد کمتری را احساس کنید».

شیوه هیپنوتیسمی انتقال بی حسی نیز به همین شکل صورت می گیرد.

«می توانید احساس کنید که دست راستان دارد بی حس می شود طوری که از ناحیهٔ مچ تا پائین هرچه بیشتر دارد احساس خود را از دست می دهد. اکنون به



آهستگی آن دست را روی محل دردناک گذارده و تدریجاً بگذارید تا بی‌حسی از دستتان به محل دردناک منتقل شود. چنین احساس کنید که بی‌حسی دارد با انجام دادن چنین کاری در بدنتان پخش می‌شود و وقتی بی‌حسی پخش می‌شود می‌توانید تا اندازه‌ای که نیاز دارید درد را نگه داشته و تصمیم بگیرید که چه موقع؛ دیگر نیاز بدان نخواهید داشت و اکنون هر مقدار دردی که نیاز داشته باشید می‌توانید نگه داشته تا این که دیگر نیازی به درد نداشته باشید».

### تکنیکهای گسستی

راههای گوناگونی هست که درمانجو می‌تواند به وسیله هیپنوتیسم از احساسات دردناک رهایی یابد. در گسستگی، به افراد کمک می‌شود تا خودشان را از تجربه مستقیم درد، رها سازند. بعضی از افرادی که ظرفیت خلسه‌ای بیشتری دارند از این روشها بهره بیشتری می‌گیرند در حالی که اغلب مردم قادرند تا از آنها مقداری تسکین به دست بیاورند. در حقیقت، بعضی از مردم مرتباً تجارب خارج از بدن را کسب می‌کنند. یکی از روشهایی که در عملهای جراحی کوچک مثل معالجه دندان به کار می‌رود عبارت است از این که در خلسه به آزمودنی یاد داده می‌شود تا خودش را در حال جدا شدن از بدن تصور نموده و تصور کند که در حقیقت دارد از خارج به بدن خود نگاه می‌کند و اگر لازم باشد می‌تواند خودش را از بدنش دورتر سازد. «تکنیک تلسکوپ» عبارتست از این که به آزمودنی یاد بدیم تا در حالت خلسه تصور کند که دردش درون کیسه‌ای پیچیده شده و بعد تصور کند که دارد از طرف دیگر تلسکوپ به دردش نگاه می‌کند. وقتی درد کوچکتر و دورتر می‌شود، شدت درد نیز کاهش می‌یابد. همچنین به درمانجو می‌توان کمک نمود تا در طول اجرای شیوه دردناک به سفری ذهنی برود. این شیوه هم در مورد درد مزمن و هم در مورد درد حاد می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد اما نمی‌تواند زمانی که نفع ثانوی بیماری، ویژگی عمده به حساب می‌آید، مورد استفاده قرار گیرد. شیوه زیر ممکن است به عنوان نمونه به کار برود:

«وقتی دارید روی صندلی (دندانپزشکی) دراز می‌کشید می‌توانید خودتان را تصور کنید که دارید از بدنتان دور شده و از بالا بدان نگاه می‌کنید (از نزدیک سقف).

وقتی که می‌بینید آنجا دراز کشیده‌اید می‌توانید احساس راحتی و گسستگی نمایید. می‌دانید که آن خود شما هستید اما تا اندازه‌ای احساس گسستگی می‌کنید و احساسی جز راحتی نمی‌کنید. آن‌چه را که دارد اتفاق می‌افتد با کنجکاوی معمولی تماشا می‌کنید اما خودتان را زیاد علاقمند یا درگیر نمی‌کنید. درست مثل این است که حادثه دارد برای کسی اتفاق می‌افتد که با او هیچ‌گونه ارتباط واقعی ندارید و می‌دانید که می‌توانید هر وقت که بخواهید این تجربه را مجدداً کسب کنید».

### تکنیکهای حواسپرتی

حواسپرتی هیپنوتیسمی از این حقیقت که وقتی داریم در فعالیتهای لذت‌آور غرق می‌شویم به احساسات دردناک و ناخوشایند توجهی نمی‌کنیم، بهره می‌برد. توانایی از دست دادن کارایی در بعضی از فعالیتهای و افکار به استثنای افکاری دیگر، به نظر می‌رسد مربوط به ظرفیت خلسه‌ای شخص باشد طوری که آزمودنیهای خوب این روشها را برای اجرا کردن، آسانتر می‌یابند. اما اکثر مردم هم تا حدی آنها را می‌توانند یاد بگیرند. از آزمودنی خواسته می‌شود تا منظره خوشایندی را تجسم کرده و بر آن منظره و احساس مثبتی که از آن به دست می‌آید، تمرکز کند. توصیف کردن منظره، اغلب ضروری نبوده و ممکن است مطلوب هم نباشد. این موضوع به درمانجو اجازه می‌دهد که در انتخاب منظره آزادی داشته باشد. هیپنودرمانگر می‌تواند منظره‌ای را برای درمانجو انتخاب نماید اما در این جور مواقع باید از او پرسید که چه جور منظره‌ای برایش لذت‌آور بوده تا این که از انتخاب منظره‌هایی که ممکن است ناراحت‌کننده باشد، جلوگیری شود. این روش هم برای درد مزمن و هم برای درد حاد، روش مناسبی است و مزیت مضاعفی نسبت به آموزش راهبرد مقابله به درمانجو دارد. درمانجو می‌تواند با راهنمایی هیپنودرمانگری که بتدریج خودش را از درگیری فعال در کار درمانجو کنار می‌کشد، این تکنیک را با استفاده از انواع مختلف منظره‌های خوشایند، تمرین کند. شیوه زیر می‌تواند به عنوان نمونه به کار رود.

«وقتی شما در آنجا به حالت تن‌آرامی و یا (در حالت خلسه) دراز می‌کشید، می‌توانید خودتان را به جایی که ترجیح می‌دهید، جایی که برای‌تان تداعی خوبی

دارد، منتقل نمایید. وقتی آنجا هستید، لطفاً مرا با بالا بردن انگشت سبابه دست راست خود باخبر سازید ... خوب! حالا می‌توانید به طور وضوح خودتان را در آن مکان احساس کنید و همه احساسات خوشایندی را که در آنجا وجود دارد درک کنید. احساس کنید که چقدر خوشحال و راحت هستید. از احساسات لذت ببرید. این احساسات خوشایند را به اعماق درونتان بکشید. چند دقیقه‌ای را به لذت بردن از این احساسات صرف کنید و احساسات دیگر را کنار بگذارید. (مکث). اکنون که پی برده‌اید چقدر، بودن در آنجا خوب است می‌توانید از این موضوع باخبر شوید که هر وقت بخواهید می‌توانید این‌جا بیایید تا مجدداً این‌گونه احساسات جالب و مطلوب را تجربه کنید.

### بازسازی شناختی

همان‌طوری که در فصل پیش اشاره شد، تفکر ناسازگار می‌تواند با توانایی فرد در غلبه نمودن به درد در تعارض بوده و عامل بازدارنده باشد. افکار منفی نظیر «درد هرگز از من جدا نخواهد شد» و «دیگر راهی برایم باقی نمانده» انواع منفی خودهیپنوتیسم هستند که منجر به درماندگی و نومیدی می‌شوند (به فصل سوم نگاه کنید). این‌گونه الگوهای فکری می‌توانند کامبخش بوده، طوری که درمانجو را ناامید کرده و به تسلیم وا دارند.

تفکر فاجعه‌آمیز - از قبیل «نمی‌توانم این درد را تحمل بکنم» و «درد دارد بدتر و بدتر شده تا این‌که غیر قابل تحمل می‌شود» می‌تواند درد را تشدید کرده و منجر به نومیدی و اجتناب گردد. به جای به کارگیری راهبردهای مقابله از قبیل خودهیپنوتیسم، چنین فردی، تأثیرپذیر شده و به اهمیت درد خود تأکید می‌ورزد و آن را بیشتر نمایان می‌کند. درمانجویانی که این‌گونه الگوهای متناقض فکری را از خود نشان می‌دهند اغلب در بهره بردن از هیپنوتیسم تا زمانی که شیوه بازسازی شناختی را به کار نبرند، ناتوان هستند. بعضی از شیوه‌های بازسازی شناختی با جزئیات بیشتر در فصل مربوط به افسردگی توضیح داده شده‌اند. برای کنترل درد مفیدترین تکنیک بازسازی شناختی، روش دو ستونی است. نخست این‌که، درمانگر به درمانجو کمک می‌کند تا افکار

متناقض خود را مشخص سازد. این گونه افکار منفی مرتباً با صدای بلند توسط درمانجو بشکل شکایت و یا اعتراض به شیوه های درمانی، بازگو می شوند. به عنوان مثال، مارگارت<sup>۱</sup> که مبتلا به درد مزمن کمر بود، مدام در مورد این که چطور توانایی تحمل درد را نداشته و این که چطور مطمئن است دردش او را خواهد کشت و این که چطور نمی تواند کاری جز ماندن در تخت خواب بکند چرا که هر حرکتی برایش شبیه شکنجه است به درمانگر شکایت می نمود. علاوه بر این، مارگارت با مقاومت کردن در برابر دستورات پزشک خود وضعیت خود را بدتر می کرد.

مارگارت به عنوان آخرین راه علاج به هیپنوتیسم متوسل شد. هیپنودرمانگر (ویلیام گلدن) به مارگارت توضیح داد که چگونه افکار منفی او نوعی خود هیپنوتیسم منفی است و حالا برای این که بهتر شود بایستی یاد بگیرد تا این افکار را تغییر دهد به او گفته شد که چطور هیپنوتیسم می تواند برای کنترل الگوهای متناقض فکری به کار برده شود.

اولین قدم این بود که به مارگارت کمک شود تا افکار ناسازگارش را مشخص سازد. برای این منظور از شکل خودبازبینی استفاده شد (جدول شماره ۵ - ۲) وقتی مارگارت افکار متناقض و منفی خود را بازگو می نمود درمانگر آنها را مورد اشاره قرار می داد بعد مارگارت و هیپنودرمانگر با کمک هم برای ایجاد تلقینات درمانی که می توانستند اثر افکار منفی مارگارت را خنثی سازند، تلاش کردند (جدول شماره ۵ - ۲) این گونه تلقینات درمانی بعداً به عنوان تلقینات هیپنوتیسمی در طول جریان خود هیپنوتیسم و دگر هیپنوتیسم به کار رفت. علاوه بر این به مارگارت یاد داده شد که شیوه های تن آرامی و بی دردی هیپنوتیسمی را برای تسکین درد، به کار ببرد.

## نمونه موردی

مورد براین<sup>۲</sup> اکنون به عنوان نمونه ای در مورد کنترل درد به وسیله هیپنوتیسم درمانی توضیح و ارائه خواهد شد. براین به وسیله پزشک خود برای درمان درد کمر، زخم معده، بی خوابی و اضطراب به یکی از نویسندگان کتاب حاضر (ویلیام گلدن) معرفی

شد. طیب از نظر پزشکی زخم معده او را درمان و بازبینی کرد اما سرانجام تشخیص داد که او علاوه بر درمان طبی به درمان روان شناختی نیز نیاز دارد. درمان براین، شبیه درمان بسیاری از درمانجویان، چندجانبه بود. در موارد درد روانزاد، طیف گسترده‌ای از رویکردها به کار می‌رود.

#### جدول شماره ۵ - ۲ - نمونه‌ای از روش دو ستونی

تلقینات درمانی	افکار منفی
۱ - ممکن است درد را دوست نداشته باشم چرا که خوشایند نیست اما مرا نخواهد کشت.	۱ - نمی‌توانم درد را تحمل کنم و درد مرا خواهد کشت.
۲ - برخاستن از تختخواب نوعی درمان است در حقیقت، اگر وقت کمتری را در تختخواب بگذرانم، خوب خواهم شد.	۲ - مجبورم در تختخواب بمانم چرا که انجام دادن کار به من صدمه می‌زند هر حرکتی مثل شکنجه است.
۳ - ورزش در واقع حالم را خوب خواهد کرد.	۳ - ورزش حال و دردم را بدتر می‌کند.
۴ - امید هست، من خوب خواهم شد نهایت کاری که باید بکنم این است که تکنیکهای خود را به کار برده و فعال نگه دارم.	۴ - امیدی نیست، هرگز خوب نخواهم شد و کاری هم نیست که برای بهتر شدن انجام دهم.

براین به هیپنوتیسم بسیار علاقمند بود و ثابت کرد که می‌تواند آزمودنی خوبی باشد. نشانه تسکین درد توسط بی‌دردی هیپنوتیسمی بدست آمد. براین برای احساس بی‌حسی در مقابل تلقینات مستقیم پاسخده بود. متعاقب تلقین تن آرامی، به او تلقین شد که انگشتان و دستهایش در پاسخ به بی‌حسی، احساس بی‌حسی می‌کنند و بی‌حسی در سراسر بدنش تا ناحیه پشت و شکم گسترش خواهد یافت. او در پاسخ به تلقیناتی که به او اجازه می‌داد تا ذهنش به مکان خوشایندی معطوف شده و احساسی به او دست دهد که گویی روحش دارد بدنش را ترک می‌کند، احساس گسستگی را تجربه نمود. برای درمان بی‌خوابی او، به او چنین تلقین شد که دارد تن آرام و راحت شده و به خواب طبیعی فرو می‌رود. این تلقینات روی نواری ضبط گردید و به او یاد داده شد صرفاً موقع

خواب و مواقعی که درد، بیشتر می‌شود، از آن استفاده کند. این تلقینات همچنان ادامه یافت تا این که نگذارند درد پوشیده مانده و احتمالاً به عنوان علامت خطری که می‌توانست توجه براین را به منابع اضطراب معطوف دارد، به کار رود.

امر درمان همچنین به سمت منبع علائم و نشانه‌های براین هدایت گردید و به او یاد داده شد تا درد را به جای پس‌خوراند زیستی<sup>۱</sup> و نیز به عنوان علامتی از بدن که می‌توانست به تشخیص آن‌چه که او را رنج می‌داد مورد استفاده قرار دهد.

براین، شکل خود بازیینی را - که در فصل قبل، صفحه ۱۲۶ توضیح داده شد به کار گرفت و دریافت که حملات زخم معده، درد پشت و بی‌خوابی عمدتاً در پاسخ به فشار روانی حین کار او بوده است. رئیس او بسیار انتقادگر و پرتوقع و فردی بوده که دائماً سر کارمندان خود داد می‌کشیده و به طور مرتب قشقرق راه می‌انداخته است. نشانه‌های بیماری او زمانی آشکار می‌گشت که هنگام کار، و یا موقع دراز کشیدن در تخت‌خواب در مورد شغل خود نگران می‌شد. چندین بار کارش را به دلیل «بیماری» ترک کرده بود. درست قبل از آغاز درمان او، براین صبحها به طور منظم، خودش را مریض اعلام می‌کرد. او تقریباً وقتی کارش را ترک می‌کرد احساس بهبودی می‌نمود. این رابطه برای او معلوم شد و نسبت به راه حل‌های دیگری چون دنبال شغل دیگر رفتن و در مقابل رئیس ابراز وجود کردن و برخورد با فشار روانی حساس شده بود.

به او خود هیپنوتیسم یاد داده شد و گفته شد تا آن را به منظور کاهش اضطراب، تمرین کند. حساسیت‌زدایی منظم به کار رفت (به فصل ۴ نگاه کنید). به عنوان بخشی از حساسیت‌زدایی، از او خواسته شد تا خودش را در حال کنار آمدن با موقعیتهای اضطراب‌زا نظیر انتقاد رئیس و فریاد زدن او بر سر کارمندان و صحبت کردن با رئیس موقع تضییع حقوقش و رفتن به مصاحبه برای مقامهای جدید، تصور کند.

علاوه بر این، مفهوم نفع ثانوی بیماری برای براین شرح داده شد و به او توصیه شد که از دردش به عنوان بهانه‌ای برای غیبت از کار، استفاده نکند. او موافق به کار بردن این تکنیکها شده و توسط پزشک معالجش که به او توصیه کرده بود تا رژیم غذایی خود را

برای زخم معده‌اش به عنوان نوعی درمان، مرتباً دنبال کند، مورد بازبینی قرار گرفت، با این برنامه چندجانبه، او ظرف ۶ هفته نشانه‌ها و علائم بهبودی را از خود نشان داده و سرانجام کار بسیار پسندیده‌ای را هم پیدا کرد.

### خلاصه

این فصل، ماهیت چندجانبه پدیده‌ای به نام درد را توضیح داده است. این فصل همچنین راههای ارزیابی و سنجش تجربه درد را ارائه و تکنیکها و ملاحظات کلی و اختصاصی درمان درد را بحث و بررسی کرده است. نوع دردی که تکنیک خاصی ممکن است آن را برطرف کند توضیح داده شد. هرکجا که ممکن بود نمونه‌های واقعی شیوه‌های هیپنوتیسمی ارائه گردید. از آن جایی که درد، پدیده پیچیده‌ایست و شامل جوانب هیجانی رفتاری و شناختی می‌شود بنابراین، حائز اهمیت است که بهره‌های درمانی برای مطمئن شدن از حفظ برنامه‌های درمانی مورد نظر نیز از لحاظ ماهیت؛ چندجانبه باشند. نمونه موردی، هم این رویکرد و هم نحوه استفاده از خودهیپنوتیسم را به عنوان راهبرد مقابله با درد، توضیح می‌دهد.

## فصل ششم

### اختلالات عادت

شاید هیپنوتیسم مطلوبترین درمان اختلالات عاداتی، چون پرخوری<sup>۱</sup> و استعمال دخانیات باشد به نظر می‌رسد جاذبه هیپنوتیسم برای این‌گونه مسائل، مشکل ناشی از درک این قضیه باشد که هیپنوتیسم راهی سریع و درمانی بی‌درد برای درمان این‌گونه اختلالات است.

رویکرد هیپنوتیسم سنتی برای کنترل پرخوری و استعمال دخانیات از تلقین مستقیم استفاده می‌کند. به عنوان مثال، ممکن است هیپنوتیزور بگوید: «علاقه و تمایل شما به استعمال دخانیات به طور کامل از بین خواهد رفت». بررسی مطالعات کنترل‌شده درمان‌های هیپنوتیسم سنتی (وادن و آندرتون<sup>۲</sup> ۱۹۸۲) به اثبات رساند که روشهای سنتی به تنهایی برای کنترل پرخوری و استعمال دخانیات مؤثر نیستند.

از طرف دیگر، هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی که نشانگر یکپارچگی تکنیکهای هیپنوتیسمی و درمان رفتاری - شناختی است، در غلبه بر اعتیاد به سیگار نتایج امیدبخشی را نشان داده است. نویسندگان کتاب حاضر (گلدن و فرید برگ ۱۹۸۶) با به کار بردن چندین نمونه از مورد پژوهشی<sup>۳</sup> دریافتند که ۸ نفر از ۱۲ نفر درمانجو

---

1. Over eating

2. Wadden & Anderton

3. Case study



(۶۷ درصد) حداقل به مدت ۴ هفته بعد از اتمام هیپنوتیسم درمانی رفتاری شناختی که چهار جلسه‌ای بوده، سیگار کشیدن را ترک کردند. (به نمونه موردی در آخرین بخش این فصل نگاه کنید). بعد از یک فاصله زمانی یکساله، ۷ نفر از ۱۲ نفر (۵۷ درصد) از استعمال دخانیات امتناع کرده بودند همچنین، ۹ نفر از درمانجویان سیگاری از طریق نمونه مختصر و یک جلسه‌ای هیپنوتیسم درمانی رفتاری شناختی مورد درمان قرار گرفتند. ۵ نفر از ۹ نفر (۵۶٪) حداقل به مدت ۴ هفته بعد از درمان سیگار کشیدن را متوقف ساخته و ۴۳ درصد (۴ نفر از ۹ نفر) در یک دوره یک ساله به صورت غیرسیگاری باقی ماندند.

در استفاده از هیپنوتیسم برای اختلالات عادت، تأکید ما بر کمک به درمانجو جهت تغییر رفتار و الگوهای فکری او می‌باشد که منجر به اعتیاد شده و یا در ادامه یافتن اعتیاد او نقش دارند. ما، هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی را در درمان پرخوری و استعمال دخانیات، مؤثر می‌دانیم. درمانهایی که برای اینگونه اختلالات عادت بکار می‌بریم شامل، خودبازبینی، بازسازی شناختی، تمرین ذهنی و توقف افکار و خودهیپنوتیسم است. ما همچنین اصول تغییر رفتار را برای کنترل عادت - نظیر تقویت مثبت - به کار می‌بندیم.

### ارزیابی و سنجش اختلالات عادت

اولین قدم در درمان اختلالات عادت، شناسایی سوابقی است که منجر به پرخوری و استعمال دخانیات می‌شود. درمانجو ممکن است به خودبازبینی الگوهای خود توسط یادداشت برداری از زمان، مکان، فعالیت و افکار و احساساتی که قبل و یا در حین پرخوری و استعمال دخانیات، تجربه نموده، هدایت گردد. درمانگر و درمانجو بعداً سابقه مکتوب را بررسی کرده و سوابق هیجانی، موقعیتی و شناختی مرتبط با عادت مشکل‌آفرین را روشن می‌سازد (جدول ۶ - ۱). با به کار بردن تکنیک دیگری موسوم به تکنیک «تصویر ذهنی فراخوان» درمانجو به طور آشکار موقعیت پرخوری و استعمال دخانیات را تصور نموده و بعد افکار و احساسات به وجود آمده به وسیله آن تصویر ذهنی، که رفتار مشکل‌آفرین را کنترل می‌کند، روشن می‌سازد.

وقتی این افکار و احساسات، شناسایی شدند، می‌توانیم آن دسته از افکار منفی را که باعث حفظ اختلالات عادت می‌شوند به سه دسته تقسیم کنیم. الف) تحمل اندک ناکامی ب) محکوم ساختن خود ج) بهانه‌ها.

تحمل اندک ناکامی دربرگیرنده افکاری است که در مورد ناراحتی فرد و تلاش مورد لزوم برای غلبه نمودن بر عادت و افکار، اغراق می‌کند که این نیز توانایی فرد را در کنار آمدن با فشار روانی و ناراحتی به حداقل رسانده و می‌تواند منجر به افراط عادت گردد. افکاری از قبیل «مقاومت کردن، مشکل و وسوسه‌انگیز است» یا «مجبورم سیگار بکشم». اشاره ضمنی بر این دارند که شخص برای پرهیز از پرخوری و یا ترک استعمال دخانیات بسیار ضعیف است زیرا تلاش زیادی برای این کار لازم است. به همین ترتیب، افکار متناقضی از قبیل «چنان افسرده‌ام که مجبورم بخورم» و یا «چنان عصبی هستم که نیاز به سیگار دارم» اشاره ضمنی بر این دارند که ناراحتی ناشی از یک احساس منفی، پرخوری و استعمال دخانیات را می‌طلبد.

محکوم ساختن خود، شامل سرزنش خود به خاطر داشتن عادت بد است به عنوان مثال «به سیگار کشیدن ادامه می‌دهم» «چه بلایی سر من آمده؟» بعد، شخص خودش را «ضعیف»، «بی‌کفایت» و یا «بی‌ارزش» می‌پندارد. این‌گونه افکار اغلب باعث به وجود آمدن احساسات نومیدی و درماندگی شده که این نیز به نوبه خود باعث ادامه مشکل می‌شود.

در نهایت، بهانه‌ها افکار متناقضی هستند که توسط آنها در مانجوتوجیهی برای پرخوری و استعمال دخانیات برای خود پیدامی‌کند به عنوان مثال، «فقط یک تکه کیک خواهم خورد» یا «از فردا دیگر کیک نخواهم خورد» تمامی این افکار منفی، خود تلقیناتی هستند که با توانایی شخص در مقاومت نمودن در برابر هوس عادت در تعارض می‌باشند.

## عوامل موقعیتی<sup>۱</sup>

شاید معروفترین علت موقعیتی که منجر به پرخوری و استعمال دخانیات می‌شود در

دسترس بودن غذا و سیگار است. غذا و سیگار به احتمال زیاد، افراط عادت را سبب می‌شوند اگر الف) در دسترس باشند و شخص برای خرید آنها نیاز به بیرون رفتن نداشته باشد. ب) آشکارا در معرض دید بوده و پنهان و انبار شده نباشند. ج) برای تهیه نیاز به تلاش کمی باشد. همچنین باید توجه داشت که میزان رخصت موقعیتهایی که در آنها استعمال دخانیات و یا پرخوری صورت می‌گیرد، می‌توانند عادت را تحت تأثیر قرار دهند. هر قدر موقعیتهایی که در آن شخص بتواند پرخوری کند و یا سیگار بکشد، بیشتر باشد به همان اندازه میزان مصرف نیز بیشتر خواهد بود.

وقتی که افکار و احساسات منفی و نگه‌دارنده عادت، کشف گردید، آن وقت، تکنیکهایی که بعداً توضیح داده خواهند شد می‌توانند به جای آنها به کار گرفته شوند.

جدول شماره ۶ - ۱: نمونه‌ای از یادداشت غذاخوری درمانجو در مورد کاهش وزن

زمان / روز	غذا و میزان آن	فعالیت	محل	افکار	احساسات
هشت و نیم صبح روز دوشنبه	۱ نان شیرینی حلقوی ۲ قالب پنیر، قهوه / شیر	خواندن	آشپزخانه	باید به رژیم ادامه دهم شوهرم در این مورد بی خیال است	ناراحت و عصبانی در مورد شوهرش
یک بعدازظهر روز دوشنبه	۱ خمیر بادام زمینی و ساندویچ ۱ لیوان شیر	خواندن	آشپزخانه	فکر کردن در مورد بچه‌ها	عصبانیت و خستگی
۶ بعدازظهر روز دوشنبه	۱ فنجان ماکارونی و پنیر ۱ فنجان نوشیدنی بدون چربی ۳ عدد بیسکویت شکلاتی	حرف زدن با خانواده	آشپزخانه	فکر کردن در مورد کارهای روزانه روزانه	گرسنگی
نه و نیم شب روز دوشنبه	۶ عدد بیسکویت شکلاتی	تماشای تلویزیون	اتاق استراحت	آیا واقعاً این بیسکویتها را می‌خواهم؟	خستگی

## تکنیکهای درمان

### بازسازی شناختی<sup>۱</sup>

یکی از روشهای بازسازی شناختی که خصوصاً در تغییر عادت مفید است روش دو ستونی است (به فصل ۳ و ۴ و ۵ نگاه کنید). نحوه استفاده از آن در کنترل عادت در مورد درمانجویی که می خواهد کاهش وزن داشته باشد، نشان داده می شود این درمانجو، اُرسولا<sup>۲</sup> نام دارد.

ویلیام گلدن و درمانجو به طور مشترک برای شناسایی افکار منفی و یا خود تلقیناتی که منجر به پر خوری می شدند، تلاش کرده و بعد به صورت مشترک، تلقینات بازسازی را برای خود هیپنوتیسم و دگر هیپنوتیسم جهت خنثی کردن افکار متناقض، درست کردند. خود تلقینات منفی به وسیله خود بازیینی و تصویر ذهنی فراخوان، شناسایی شدند. موقعیتهای مشکل آفرین اُرسولا شامل ماندن در خانه موقع احساس خستگی و تنهایی و چیزهایی از این قبیل می شد. افکار منفی و تلقینات درمانی او با به کار بردن روش دو ستونی در جدول شماره ۶-۲ مجدداً آورده شده است.

### تمرین ذهنی

تمرین ذهنی شیوه ای است که در آن درمانجو به طور ذهنی تلاشهای خود را برای کنترل خوردن، استعمال دخانیات و یا دیگر رفتارهای مشکل آفرین به عمل می آورد. این شیوه می تواند برای کنترل استعمال دخانیات و کنترل خوردن بدین شکل بکار برده شود: الف) آمادگی برای افکار و احساسات و موقعیتهایی که منجر به استعمال دخانیات و پر خوری شده و شامل تمرین ذهنی تکنیکهای مقابله با آنها و حفظ خویشنداری می شود. ب) به صورت جلوگیری از شکست و بازگشت عادت.

آمادگی برای موقعیتهای پر خوری و استعمال دخانیات: وقتی درمانگر، سابقه غذا خوری و استعمال دخانیات درمانجو را بررسی می کند، افکار و احساسات و

موقعیتهای اختصاصی که عادت بد را تشدید می‌کنند، مشخص می‌گردند. (به جدول ۶-۱ به عنوان مثال نگاه کنید). وقتی درمانجو، تکنیکهای بازسازی شناختی، تغییر رفتار و خودهیپنوتیسم را یاد می‌گیرد می‌تواند این مهارتها را به طور ذهنی تمرین کرده و بعد برای به کارگیری آنها در موقعیتهایی واقعی، به صورت بهتر آماده کند.

تمرین ذهنی برای کنترل وزن، آماده‌سازی مؤثری است برای کنترل غذاخوری روزانه، چرا که به درمانجو برنامه می‌دهد تا غذا خوردنش مناسب گردد و تسلیم هوی و هوس نشود. در آغاز برنامه غذایی روزانه و منحصر بفردی براساس سابقه غذاخوری درمانجو تنظیم می‌شود. بعد درمانجو، هیپنوتیسم شده و در حالت تخیل به وسیله برنامه روزانه غذاخوری هدایت می‌گردد. این تصویرسازی ذهنی می‌تواند شامل خوردن غذای برنامه‌ریزی شده، غذای مختصر، دستور و تهیه حد معقول غذا، مقاومت، یا پرهیز از هوی و هوس و نهایتاً شامل موفقیت باشد.

درمانگر می‌تواند تمرین ذهنی را تقویت کند بدین شکل که از درمانجو بخواهد تا نتایج مثبت تلاشهایش را تصور نماید. درمانجو خودش را شخص لاغرتری تصور می‌کند که به نظر می‌رسد و چنین احساس می‌کند که دارد بهتر می‌شود این تصویر ذهنی بدین شکل تنظیم می‌گردد تا کاهش وزن صورت گرفته و خودانگاره<sup>۱</sup> پیش‌بینی شده درمانجو پنج یا ده پوند لاغرتر از وزن فعلی او باشد.

برای تمرین خانگی، درمانجو، تمرین ذهنی را هر روز قبل از شروع غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، نمونه‌ای از تمرین ذهنی برای کنترل غذاخوری که توسط درمانگر به درمانجو داده می‌شود، نمونه زیر می‌باشد که بعد از تلقین هیپنوتیسمی انجام می‌گیرد: پذیرنده بودن در برابر تلقینات و با احساس راحتی و تن‌آرامی می‌توانید خودتان را در حال طرح‌ریزی برنامه روزانه تجسم کنید. بله، در حال طرح‌ریزی آنچه که قصد خوردن دارید و این که چقدر خواهید خورد. می‌دانید که برنامه‌تان چیست و حالا، خودتان را در حال اجرای کامل آن برنامه به طور صحیح تجسم خواهید کرد و در هر حالتی که قصد دارید برنامه بدان شکل باشد. خودتان را در حال خرید تجسم

کنید در حال خرید از فهرست تهیه شده؛ بله، در حال خرید اقلام بهداشتی فهرست. تصور کنید که غذای غیربهداشتی و بدردنخور را کنار می‌گذارید و دارید غذای مورد نظرتان را به خانه می‌برید. تصور کنید که ذخیره کردن غذا را کنار می‌گذارید و همه غذاهای حاضری و مختصر را دور از چشم می‌گذارید.

حالا، تصور کنید که دارید از صبحانه شروع می‌کنید طبق برنامه‌تان کل غذا و انواع آن را تجسم کنید، خودتان را در حال مقاومت نمودن در برابر هوی و هوس تجسم کنید تا این که به موفقیت برسید برنامه صبحانه را بدون پرخوری با موفقیت ادامه دهید ... حالا ناهار را تجسم کنید. با خوردن غذایان طبق برنامه، احساس آرامش و اطمینان کنید.

این برنامه تا تجسم‌یابی برنامه غذاخوری روزانه ادامه می‌یابد. تمرین ذهنی نیز البته بایستی مطابق نیازهای درمانجو تنظیم گردد. به عنوان مثال، تمرین ذهنی ممکن است صرفاً برای رویدادها و یا غذای خاص، بیشتر مورد نیاز باشد تا برای هر وعده غذا.

#### جدول شماره ۶ - ۲ - روش دو ستونی

تلقینات درمانی	افکار منفی
۱ - فرق می‌کند، می‌خواهم برای بهتر بنظر رسیدن، به اهداف خودم برسم. سالمتر باشم و بتوانم برای لباس پوشیدن اندازه مناسب داشته باشم (برای این کار تصویر ذهنی تناسب اندام را تجسم کنید).	۱ - چه فرق می‌کند که بخورم یا نخورم؟
۲ - این بهانه است. نمی‌تواند چنین باشد وقتی سعی می‌کنم خودم را تا روز بعد گرسنه نگه دارم، در این حالت به پرخوری خاتمه داده و می‌توانم در حد معقول غذا خورده و به هدفم برسم.	۲ - هرچه را که امروز بخوام، می‌توانم بخورم و از فردا نخواهم خورد.
۳ - اگر بگویم هرگز، هرگز این کار را نخواهم کرد. قبلاً این را انجام داده‌ام و البته حالا هم می‌توانم مجدداً انجام دهم.	۳ - هرگز موفق نخواهم شد، هرگز به هدفم نخواهم رسید. هرگز مجدداً لاغر نخواهم شد.

## دنباله جدول شماره ۶ - ۲ - روش دو ستونی

تلقینات درمانی	افکار منفی
۴ - برای کاهش احساس تنهایی، می‌توانم به کار مشغول شده و غذا خوردن را کنار بگذارم اما احتمالاً گاهیگاهی احساس تنهایی خواهم کرد و هر وقت که چنین احساسی به من دست بدهد مجبور نیستم آن را با غذا خوردن برطرف سازم، می‌توانم احساسات تنهایی را چون انگیزه‌ای، برای انجام کار سازنده، به کار ببرم.	۴ - وقتی احساس تنهایی می‌کنم نمی‌توانم آن را تحمل کنم و مجبورم کاری کنم تا این احساس را متوقف سازم به همین دلیل، چاره‌ای جز خوردن ندارم.
۵ - ناکامی، مشکلی نیست. برای حل این مشکل، به اندازه کافی زمان موجود هست.	۵ - موقعی که ناکام می‌شوم نمی‌توانم احساس ناکامی را تحمل کنم.
۶ - حتی اگر چاق هم باشم می‌توانم خودم را قبول کنم. چاق بودن از ارزش من نمی‌کاهد.	۶ - از چاق بودن خودم متنفرم (احترام به نفس کم).
۷ - برای بعضی از مردان اهمیتی ندارد که چاق باشم یا لاغر. آنها هنوز نسبت به من علاقمند به نظر می‌رسند زنان نیز ابداً به چاق و یا لاغر بودنم اهمیتی نمی‌دهند حتی اگر مورد طرد هم قرار بگیرم، می‌توانم این مسأله را قبول و تحمل کنم. بیرون رفتن بهتر از در خانه ماندن و پرخوری کردن است.	۷ - کسی مرا به این شکل دوست نخواهد داشت. نمی‌توانم مورد طرد مردم قرار گیرم (اضطراب اجتماعی).

جلوگیری از بازگشت عادات : بازگشت عادت و یا شکست، مانع عمده‌ای در برابر ترک بلند مدت استعمال دخانیات و کنترل وزن به حساب می‌آید. عادت قدیمی و مخرب معمولاً خود را گاهیگاهی نشان داده و پیشرفت سخت بدست آمده درمانجو را به بی‌اثر شدن تهدید می‌کند. البته، درمانجو در نهایت خودش مسئول بازگشت عادت، محسوب می‌شود. گرچه شکستها رویدادی معمول در تغییر عادت می‌باشند اما با وجود این، بسیار حائز اهمیت است که اثرات آن را به حداقل رسانده و احتمال بازگشت عادت ناپسند را کاهش داد. تمرین ذهنی می‌تواند درمانجو را برای بازگشت عادات و شکستهای بالقوه، آماده سازد.

شاید ویژگی اصلی جلوگیری از بازگشت عادت، پیش‌بینی احتمال، توسط درمانگر باشد تا بتواند به درمانجو کمک کند تا از عهده آن برآید. با به کار بردن تمرین ذهنی، درمانگر، درمانجو را برای شکستهای احتمالی آماده می‌سازد. بعد درمانجو می‌تواند علایم خاص از جمله علایم هیجانی، شناختی و موقعیتی را تصور کند که احتمال پس زدن شکستها را داشته و می‌تواند تصور کند که دارد از دست این عادات ناپسند بدون افراط در آنها، رهایی می‌یابد. به عنوان مثال، جین<sup>۱</sup> (یکی از درمانجویان) فردبرگ در ابتدا استعمال دخانیات را ترک کرد اما در مورد روشن کردن یک عدد سیگار بعد از غذا و یا موقع احساس عصبانیت به وسوسه افتاد. برای جلوگیری از بازگشت عادت، تلقینات زیر به او داده شدند:

«اکنون می‌توانید احتمال لغزش و خطا را به خودتان بدهید، بله، احتمال چنین خطایی را بدهید. موقعیتها احساسات و افکاری را که می‌توانند به سیگار کشیدن منجر شوند، پیش‌بینی کنید: موقعیتهایی از قبیل بعد از غذا و احساساتی از قبیل عصبی بودن را پیش‌بینی کنید. تصور کنید که افکار و احساساتی از این قبیل را که تشدیدکننده نیاز به استعمال دخانیات بوده‌اند قبلاً پیش‌بینی کرده‌اید. حالا، بعد از شام، می‌توانید خوردن قهوه را تصور کرده و احساس کنید که برای روشن کردن سیگار وسوسه شده‌اید. اما بر اعمال خود تسلط دارید. بله، به خودتان بگویید که می‌توانید بدون سیگار کشیدن از خوردن قهوه لذت ببرید. «بله، بدون سیگار کشیدن. تصور کنید که دارید موفق می‌شوید و برای مقاومت نمودن به خودتان اعتماد می‌کنید.»

علاوه بر این، جین، به وسیله متن زیر برای احتمال شکست واقعی آماده گردید:

«می‌دانید که امکان دارد شما مانند هر انسان دیگری در زندگی با شکست مواجه شده و یا این که با هیچگونه شکستی مواجه نشوید. اما اگر خطا کرده و سیگار بکشید، احتمال شکست را کوچک خواهید شمرد. اکنون تصور کنید که در حین کار برای پاسخدهی به روزی آکنده از فشار روانی، مشغول کشیدن سیگار هستید و پیش



خودتان فکر می‌کنید که «مثلاً کشیدن یک سیگار، صدمه‌ای به شما نمی‌زند» تصور کنید که هم‌اکنون دارید سیگار می‌کشید. این عمل در حال انجام شدن است اما بزودی جلوی این شکست را خواهید گرفت. بله، این شکست را تا جایی که ممکن است با این فکر که ترک سیگار ابداً مشکل نیست، به حداقل برسانید. به خودتان بگویید که جلوی این شکست را گرفته و کف نفس به دست خواهید آورد. بله، می‌توانید شکست را متوقف کرده و کف نفس به دست بیاورید. تصور کنید که کلیه مهارت‌های مقابله نظیر تن‌آرامی و خودهیپنوتیسم را برای به دست آوردن موفقیت به کار خواهید برد و نیز تصور کنید که مانع، برطرف شده و به عادت غلبه کرده‌اید. تصور کنید که به کف نفس دست یافته‌اید».

### توقف فکر

تعداد قابل توجهی از درمانجویانی که مبتلا به مسایل عاداتی خصوصاً مبتلا به پرخوری و استعمال دخانیات هستند، در مورد عادتشان اغلب اوقات به فکر فرو می‌روند. اگر فعالیت ذهنی کسی تقریباً به طور مدام صرف تفکر در مورد استعمال دخانیات و یا پرخوری گردد، بنابراین، فشار مبتلا شدن به عادت می‌تواند او را از پا درآورد. احتمال زیادی وجود دارد که چنان الگوی فکری و وسوسه‌انگیز بتواند منبع فشار روانی هیجانی و یا منبع ناکامی گردیده و او را به استعمال دخانیات بعدی و یا پرخوری تحریک سازد.

توقف فکر، تکنیکی برای رفع چنین الگوهای فکری و وسوسه‌انگیز و تکنیکی برای درمانجو است تا کنترلی روی عادتش داشته باشد. مراحل زیر می‌توانند جهت آموزش این تکنیک به کار روند:

۱- از درمانجو بخواهید تا تصاویر و افکار مربوط به عادت از قبیل تصور بو و مزه غذای پرکالری، برای شما بازگو کرده و فکر کند که نمی‌تواند خودش را کنترل کند و حتماً بایستی مقداری از آن را بخورد. وقتی درمانجو این‌گونه افکار و تصاویر را بازگو می‌کند درمانگر، کلمه «توقف» را با صدای بلند و بطور ناگهانی بیان می‌دارد و این کار سپس تکرار می‌شود.

۲- از درمانجو بخواهید بجای بازگو کردن افکار متناقض، به آنها فکر کند. مجدداً درمانگر کلمه «توقف» را به طور ناگهانی ابراز داشته. این کار سپس تکرار می شود.

۳- به درمانجو بگویید تا خود تلقینی مطبوع و آرامبخشی را بعد از علامت «توقف» به جای افکار متناقض جایگزین کند نظیر این تلقین که «می توانم عادتم را کنترل کنم».

۴- سرانجام، از درمانجو خواسته می شود تا به افکار متناقض فکر کرده و موقع فکر کردن به آن گونه افکار، دستور توقف را صادر نموده و به جای آنها، تلقینات و افکار سازنده را به کار ببرد.

در یک مورد، لورا، تقریباً جریان فکری مداومی را در خصوص خوردن گزارش نمود. مطابق آنچه توضیح داده شده به او تکنیک توقف فکر یاد داده شد. بعد، او افکار جنسی خوشایندی را در مورد صمیمیت با شوهرش بعد از دستور «توقف» جایگزین نمود. با تمرین خانگی، لورا کاهش چشمگیری را در مورد افکار مربوط به غذا گزارش کرده و در احساسات بهبودی، پیشرفت، گزارش کرد.

### خودهیپنوتیسم

خودهیپنوتیسم برای کنترل اضطراب، سهولت بخشیدن به بازسازی شناختی، و کاهش اشتیاق به غذا و نیکوتین و در ایجاد احساس بهبودی برای جلوگیری از افراط در عادت و نیز برای تمرین ذهنی می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

علاوه بر کم کردن ناراحتی های موجود در رفع عادت، خودهیپنوتیسم به درمانجو کمک می کند تا در مورد جنبه های سودمند کف نفس، تمرکز داشته باشد برای ایجاد این گونه احساسات مثبت، تلقینات خودهیپنوتیسم می تواند برای خودستایی در جهت کسب موفقیت و برای اقامه دلایلی جهت تغییر خویشتن یعنی برای طولانی زیستن و احساس بهتر نمودن به کار رود. نمونه ای از متن خودهیپنوتیسم ممکن است برای ترک سیگار به شرح زیر به عبارت درآید:

اکنون بر هدفم تمرکز خواهم کرد که رهایی از استعمال دخانیات است. بله، هدفم

رهایی کامل از عادت استعمال دخانیات است. احساس رهایی از استعمال دخانیات را تصور می‌کنم، دیگر برده عادت استعمال دخانیات نیستم و دیگر تحت فرمان این عادت نخواهم بود و خودم را نگه خواهم داشت. عادتم را پشت سر خواهم گذاشت بله، آن را پشت سر خواهم گذاشت چرا که بر آن تسلط دارم و صاحب چنان تسلطی هستم که دیگر نیاز به استعمال دخانیات ندارم».

حالا، برای هر مقاومتی که در برابر سیگار می‌کشم و برای هر سیگاری که نمی‌کشم به خودم اعتبار می‌دهم. بله، برای خودم در مقابل مقاومت نمودن در برابر استعمال دخانیات اعتبار می‌دهم چرا که بر آن تسلط دارم. هر بار که به خاطر مقاومت، خودم را تحسین می‌کنم، برای ادامه دادن بیشتر علاقه پیدا می‌کنم. بسیار علاقه پیدا خواهم کرد و حالم خوب خواهد شد و می‌دانم که تسلط خواهم داشت». خودهیپنوتیسم می‌تواند همچنین، احساسات مربوط به اعتماد به نفس و خویشتن‌پذیری را افزایش دهد. در این جا نمونه‌ای از خودهیپنوتیسم به جای افکار خود محکوم‌کننده، آورده شده است:

اکنون به طور عمده در مورد خودم به طرز مثبت و قابل اطمینان فکر می‌کنم و کلیه قضاوتهایی را که در مورد خودم صورت می‌گیرد همه را کنار می‌گذارم. بله، همه را کنار می‌گذارم. من خودم را به عنوان یک شخص تصور می‌کنم به عنوان یک موجود انسانی. نه کمتر، نه بیشتر و می‌دانم که هیچ کلمه و یا عبارت واحدی نمی‌تواند مرا توصیف بکند. در مورد خودم تصورات زیادی وجود دارد اما من بر شکل قوی آن تمرکز می‌کنم بله بر تصور قوی تمرکز می‌کنم و خودم را محکوم نمی‌سازم. دیگر خودم را محکوم نمی‌کنم چرا که این کار به من آسیب می‌رساند. من بدون قضاوت، پیش خواهم رفت و هرآنچه را که انجام دهم ارزیابی خواهم کرد. بله، اعمال خودم را ارزیابی خواهم نمود نه خودم را.

### نمونه موردی

به عنوان مثالی روشن برای هیپنوتیسم درمانی مدرن جهت اختلالات عادت، برنامه

چهار جلسه‌ای ترک سیگار را توضیح خواهیم داد که در مورد خاص سلی<sup>۱</sup> به کار رفت. این رویکرد نسبتاً استاندارد، ترکیبی از شیوه‌های رفتاری - شناختی و هیپنوتیسم را منعکس می‌سازد.

### جلسه اول

درمانگر، (ویلیام گلدن) ابتدا توضیح داد که چگونه تکنیکهای هیپنوتیسم درمانی می‌توانند در ترک سیگار مؤثر باشند. بعد سوء برداشت‌های او (سلی) در خصوص هیپنوتیسم نظیر امید به درمان چشمگیر و بی‌درد مشکل استعمال دخانیات، مورد توجه و اصلاح قرار گرفتند. درمانگر توضیح داد، اگر قصد او این است که هدفش عملی شود در این صورت، نیاز به مشارکت و درگیری فعال او دارد. در ابتدا، سابقه سیگارکشی او بررسی شد و بعضی از شرایط فعلی او که با سیگارکشی مرتبط بودند، مشخص گردید. برای این که سلی، بتواند سوابق عمده سیگارکشی خود را به طور آشکار روشن سازد، مکلف شد دفعات و مکانهای سیگارکشی و افکار و احساساتی که قبل از هر سیگار تجربه می‌کند را ثبت نماید. درمانگر دلایل او را برای ترک سیگار خواست تا تمامی عبارات منفی تحریک‌کننده از قبیل «نمی‌خواهم از سرطان بمیرم» را به عبارات مثبت تبدیل نماید به عنوان مثال، «می‌خواهم بیشتر عمر بکنم و سالمتر باشم». در جلسات بعدی، تلقینات محرک، براساس تقاضای درمانجو برای ترک استعمال دخانیات استوار گردید. به طور کلی، اغلب هیپنوتیزورها، تلقینات را با عبارات مثبت، تنظیم می‌کنند. سرانجام به او مهارت‌های هیپنوتیسم آن‌چنان که در فصل دوم آمده، یاد داده شد. وی نسبت به سبکی و شناوری دست که بعد در خانه هم تمرین کرد، پذیرایی زیادی داشت.

### جلسه دوم

جلسه دوم با بررسی سابقه سیگارکشی درمانجو شروع شد که در آن عوامل تحریک‌کننده سیگار، معلوم گردید که عبارت بودند از فشار کار، اضطراب میان فردی،

خستگی و ناکامی. انواع تفکری که منجر به سیگارکشی درمانجو می‌شد عبارت بود از افکار و خواسته‌های کمال‌جویانه‌ای که تحمل ناکامی را پایین می‌آوردند نظیر این افکار «نمی‌توانم احساس تنش را تحمل کنم». «مجبورم سیگار بکشم». افکار و رفتارهای جایگزین برای هر کدام از موقعیتها درست شد به عنوان مثال، به جای جمله «مجبورم سیگار بکشم» جمله مثبت «کنترل زیادی روی خواسته‌هایم داشته و می‌توانم تن آرامی را یاد بگیرم» به کار رفت. علاوه بر این، روشهای خود تن آرامی به عنوان سالمترین راه کاهش فشار روانی و اضطراب پیشنهاد شدند.

بعد، تلقین هیپنوتیسمی با استفاده از شناوری دست و راهبرد مهارتهای هیپنوتیسم که قبلاً برایش مؤثر افتاده بود، به کار رفت. آموزشهای تن آرامی نیز در طول شیوه تلقین به او داده شد به این ترتیب که از او خواسته شد تا توجه خود را به نفس کشیدن خود مبدول داشته و اجازه دهد تا نفس کشیدن آرام و عمیق گردد. این تلقین که «تن آرامی دارد در سراسر بدنتان جریان می‌یابد» به او داده شد.

برای این که احساس تن آرامی درمانجو افزایش یابد، از منظره خیالی استفاده شد که در جلسه قبل از تلقین، درست شده بود. بدنبال هیپنوتیسم اولیه به او نشان داده شد که چگونه خودهیپنوتیسم را با پنج نفس عمیق، آرام و بلند به خودش موقع تجربه احساس تن آرامی با هر بازدم، القاء کند. علاوه بر این، تلقینات هیپنوتیسمی نیز به کار رفت تا او را قادر سازند تا استعمال دخانیات را به تأخیر بیندازد. در طول به تأخیراندازی استعمال دخانیات، از او خواسته شد تا روی تنفس و شیوه‌های دیگر، خودهیپنوتیسم برای تسکین و تخفیف اضطراب و تمایل به نیکوتین، تمرکز کند.

تکلیف خانگی بعدی او ادامه یادداشت هر سیگاری که می‌کشید بود اما موظف بود سیگار کشیدن را به مدت ۱۵ دقیقه بعد از شروع تمایل به سیگار به تأخیر انداخته و در حین این فاصله، خودهیپنوتیسم را به کار برد. تأخیر مذکور به درمانجو خاطرنشان می‌ساخت که مجبور نیست در پاسخ به فشار روانی و یا فشار اعتیاد به استعمال دخانیات دست بزند. اگر درمانجو استعمال دخانیات را بعد از این فاصله، انتخاب نکند در این صورت، حس خویشتن‌داری تقویت بیشتری می‌یابد.

### جلسه سوم

در طول جلسه سوم، سابقه استعمال دخانیات درمانجو مجدداً بررسی شده و تأخیر در استعمال دخانیات توسط درمانجو، بطور شفاهی مورد تحسین قرار گرفت. درمانگر، بررسی دقیق کلیه روشهای بکار برده شده توسط درمانجو را درخواست نمود، روشهایی که اضطراب و اعتیاد را به طور مؤثر مهار کرده بودند. حدود مشکلات مورد ارزیابی قرار گرفته و راهبردهای جدید نیز جهت مقابله با این مشکلات ارائه شدند. بعد، برای هیپنوتیسم کردن درمانجو از تکنیک تلقین جلسه دوم، استفاده شد. موقعی که درمانجو در هیپنوتیسم بود درمانگر به او تلقین کرد که خودش را در هر یک از موقعیتهای استعمال دخانیات تجسم کرده و خودش را در حال مقابله موفقیت آمیز با آن موقعیتهای تصور کند.

به دنبال هیپنوتیسم او برای ترک سیگار، تاریخ خاصی را پیشنهاد کرد و درمانگر نیز کم کردن تعداد دفعات سیگارکشی را به طور تدریجی و یا به یکباره پیشنهاد نمود. سلی نیز ترک فوری سیگار را انتخاب کرد که مطابق تلقین درمانگر ۲۴ ساعت قبل از جلسه آخر شروع می شد. ترک سیگار قبل از خاتمه جلسه درمانی به درمانگر اجازه می دهد تا مشکلات مقابله درمانجو را موقع رخداد آنها، مشخص سازد.

### جلسه چهارم

مشابه بسیاری از درمانجویانی که با این صورت جلسه آزمایشی در طول چهار جلسه معالجه شدند، او نیز احساسات ناراحتی را در جلسه چهارم گزارش نمود که ناشی از ۲۴ ساعت محرومیت از نیکوتین می شد.

متعاقب تلقین هیپنوتیسمی بوسیله شناوری دست و تلقینات تن آرامی درمانگر دلایل درمانجو را برای ترک عادت استعمال دخانیات، مجدداً بیان داشت. بعد، از او خواسته شد تا خودش را در موقعیت سیگارکشی تجسم کند و هر وقت تجسم سازی باعث ایجاد فشار روانی و یا تمایل شد با بلند کردن انگشت سیابه دست راست به درمانگر علامت دهد. بعد درمانگر، درمانجو را برای کاهش استرس و تمایل به نیکوتین هدایت نمود و این کار را به وسیله تکنیکهای هیپنوتیسمی و تکنیکهای رفتاری - شناختی انجام داد و

سرانجام به درمانجو یاد داد تا موقع پیشرفت، انگشت خود را پایین آورد. در آخر، برای مقابله احتمالی با موانع بعد از درمان، او خودش را در حال «لغزش و خطا» تصور نموده و خودش را با تلقین این که خطا، شکست نیست» و «من در حال پیشرفت هستم و می توانم بر سیگار کشیدنم تسلط داشته باشم» تسلیم هوی و هوس نکرد. او همچنین موقعیتهایی را تجسم کرد که در آنجا تمایل او نمی توانست کنترل شود. راههای مقابله مؤثر با سطوح بالایی از ناراحتی، افکار هدایت شده ای را نظیر «تمایل از بین خواهد رفت و می توانم بدون سیگار کشیدن به ناراحتی ام خاتمه دهم» در بر می گرفت.

سلی، ۶ ماه بعد از پایان درمان چهار جلسه ای، ترک کامل و موفقیت آمیز سیگار را گزارش نمود. وی به طور چشمگیر نتیجه گرفت که هیپنوتیسم بیشتر نوعی مهارت مقابله ای قدرتمند بوده است تا درمان جادویی که اساساً او در پی آن بوده است.

### خلاصه

هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی می تواند اقدام مؤثری برای ترک پرخوری و استعمال دخانیات باشد. هدف درمانی این شیوه، استفاده از افکار و رفتارهای مثبت و سالم به جای نگرشهای حفظ کننده عادت می باشد.

در محدوده رویکرد رفتاری شناختی، هیپنودرمانگر به انواع مختلف تکنیکهایی که می توانند برای رفع دردهای درمانجو مورد استفاده قرار گیرند، مجهز می باشد. با به کار بردن این روشها، درمانجو سریعاً یاد می گیرد که چگونه تسلط بیشتر و درازمدتی را به عادات مشکل آفرین، اعمال بکند.

## فصل هفتم

### شکستن مقاومت در هیپنوتیسم درمانی

طبق موضع روانکاوان سنتی، مقاومت، غیرقابل اجتناب است چون در دفاع‌هایی که درمانجو برای دفع اضطراب و گناه به کار می‌برد؛ امر ذاتی است. از آن جایی که مقاومت به عنوان دفاع در برابر فراخوانی ماده نیمه هشیار ترس آور رخ می‌دهد، بنابراین وجود آن در رویکردهای درمانی که تأکید آن بر ارائه بینش به درمانجو به تعارضات نیمه هشیار اوست، قابل پیش‌بینی است.

اریکسون و درمانگران راهبردی<sup>۱</sup> از قبیل هلی<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) پی بردند که مقاومت همیشه در امر درمان، حتی زمانی که از هیپنوتیسم استفاده می‌شود یک امر محتمل به حساب می‌آید. راسی<sup>۳</sup> (اریکسون و دیگران، ۱۹۷۶) اظهار داشت که «ما به طور تغییرناپذیری هرگونه تلقینی که به ما می‌شود مورد شک و آزمایش قرار می‌دهیم» (صفحه ۲۱۶). با وجود این، اریکسون و پیروانش به جای تلاش برای شکستن مقاومت، توسط بینش و تفسیر، سعی کرده‌اند به وسیله روشهای غیرمستقیم از قبیل استفاده از مقاومت درمانجو، اقدامات تناقضی، ملزومات درمانی، تلقینات غیرمستقیم و تکنیکهای گم‌گشتگی<sup>۴</sup> که در فصل بعد توضیح داده خواهند شد بر مقاومت غلبه کنند.

---

1. Strategic therapists

2. Haley

3. Rossi

4. Confusion techniques



اخیراً تنها، درمانگران رفتاری - شناختی شروع به تشخیص و آزمایش مقاومت نمودند. در آغاز ولپه و لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۶۸) مدعی بودند که مقاومت در رفتار درمانی وجود ندارد. لازاروس و فای<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) ثابت کردند که مفهوم مقاومت نوعی دلیل تراشی<sup>۳</sup> است که درمانگران برای توجیه شکست خود مطرح می‌کنند. ولپه و لازاروس و لازاروس و فای به مفهوم مقاومت اعتراض کردند، چرا که احساس می‌کردند مقاومت به طور ضمنی به معنای این است که مقصر درمانجو است و از طرفی به درمانگر اجازه می‌دهد تا از پذیرش مسئولیت نتیجه درمان، اجتناب ورزد. از طرف دیگر، نظریه فای و لازاروس در مورد این که کلیه شکستهای درمانی یا در نتیجه کوتاهی درمانگر بوده و یا نتیجه شکست روش درمان می‌باشد، به افراط و تفریط گرایش داشته و درمانجو را از پذیرش هرگونه مسئولیت در زمینه نتیجه درمان، معاف می‌دارد.

بریهم<sup>۴</sup> (۱۹۶۶) با توجه به دیدگاه روان‌شناسی اجتماعی، مفهوم «واکنش روان‌شناختی» را برای تبیین نوعی مقاومت به کار برد. تعریف مقاومت این است که مقاومت حالتی انگیزشی است که به گرایش شخص برای مقاومت نمودن در برابر تهدیدات واقعی و یا تهدیدات احساس شده اطلاق می‌شود که شخص در برابر آزادی خود، تصور می‌کند. واکنش، دلالت بر «درمانجوی نافرمانی» می‌کند که برای هر درمانگری شناخته شده است. گرچه بریهم اساساً واکنش را صرفاً نتیجه موقعیتهای خاص می‌دانست اما در میان دیگران، داود و میلن<sup>۵</sup> (۱۹۸۶) ثابت کردند که اختلالاتی بین افراد در زمینه واکنش وجود دارد که این مسأله درجات مختلف رفتار متناقض را بین درمانجویان به منصه ظهور می‌گذارد. با استفاده از این عقاید، داود و میلن و وایز<sup>۶</sup> (۱۹۸۴) نوعی مقیاس نوشتاری در مورد واکنش روان‌شناختی به نام «مقیاس واکنش درمانی» ابداع کردند. با استفاده از این روش، درمانگران می‌توانند درمانشان را مطابق با نوع درمانجویان مربوطه، پیشاپیش با معلوم کردن سطوح واکنش بالقوه

1. Wolpe &amp; Lazarus (1968)

2. Lazarus &amp; Fay (1982)

3. Rationalization

4. Brehm

5. Dowd &amp; Milne

6. Down, Milne, Wise

درمانجو، تنظیم کنند. نمونه‌ای از مقیاس مورد نظر و نحوه نمره‌دهی آن در ضمیمه کتاب حاضر آمده است.

## منابع مقاومت

به جای مقصر دانستن درمانگران و یا درمانجویان به خاطر شکستهای درمان، رویکرد عینی‌تر این است، کلیه عوامل ممکنه که می‌توانند مقاومت درمانجو را در برابر درمان نشان دهند مورد بررسی قرار گیرند وقتی نوع مشخصی از منبع مقاومت روشن گردید بعداً می‌توان در مورد این که چگونه و چه وقت وارد عمل شد اتخاذ تصمیم کرد. گلدن (۱۹۸۳b) سه منبع برای مقاومت ذکر کرده است.

## عوامل مربوط به درمان و درمانگر

- ۱- فقدان ارتباط و تفاهم بین درمانگر و درمانجو
- ۲- ناتوانی در شناسایی سوابق مربوطه و یا ناتوانی در نگهداری متغیرها و یا هر دو.
- ۳- ناتوانی در مشاهده این که درمانجو از اضطراب سطح بالا اجتناب می‌کند (مثلاً درمانجوی چاق می‌ترسد که اگر وزنش را از دست بدهد مجبور است با اضطراب جنسی و اجتماعی خودش در قرار عشقی با مردان کنار بیاید).
- ۴- استفاده نادرست از تکنیکهای صحیح (معمولاً به دلیل نداشتن تجربه یا آموزش لازم).
- ۵- شروع درمان هرچند که درمانجو دلیل آن را نفهمیده یا نپذیرد.
- ۶- تکلیف خانگی نامربوط و یا نادرست و یا مداخله نادرست با توجه به اهداف درمانجو.
- ۷- اقدام و یا تکلیف تهدیدآمیز و یا اضطراب‌زا در شیوه درمانی.
- ۸- وجود تکالیف بسیار وقت‌گیر.
- ۹- بی‌کفایتی رویکردها و تکنیکهای درمانی موجود، در حل و فصل مشکل خاص.

## عوامل محیطی و عوامل بیرونی دیگر

- ۱ - خرابکاری عمدی دیگران (به عنوان مثال به دلیل تهدیدات مربوط به طرد شدن و یا تأیید نشدن به خاطر ابراز وجود بیشتر یا موفقتر بودن).
- ۲ - خرابکاری غیر عمدی دیگران از قبیل خرابکاری اعضای خانواده که «خرابکاران خیراندیش» باشند. مثلاً فردی که به طور غیر عمدی، عضوی از خانواده را که مبتلا به ترس مرضی است به مکانی باز می برد که از آن هراس دارد، در واقع نفع ثانوی<sup>۱</sup> بیماری او را به خاطر ترس مرضی اش تقویت می کند.
- ۳ - نفع ثانوی بیماری دیگر، از قبیل آنهایی که از منافع ناتوانی و رفاه به دست می آیند و هر کدام درمانجو را برای ناتوانی شان تقویت می کنند.

## عوامل مربوط به درمانجو

- ۱ - شناختهایی مثل پیشگویی های کامبخش<sup>۲</sup> و انتظارات منفی (به عنوان مثال، این عقیده که «هرگز موفق نخواهم شد پس چرا بیخودی تلاش کنم» تحمل اندک ناکامی (گرایش به اجتناب از کلیه ناراحتیها) و خواسته هایی که منجر به انجام کارهای متناقض می شوند (به عنوان مثال، فرد بی خوابی که اصرار می کند به خواب برود و یا سعی می کند که جبراً بخوابد).
- ۲ - «عوامل پنهان»<sup>۳</sup> و یا مسائل ناگفته ای که می توانند با درمان در تعارض باشند (به عنوان مثال فردی که هیچ گونه قصدی در مورد ایجاد رابطه زناشویی با کسی را ندارد اما شوهر و یا زنش را وادار به ازدواج درمانی می کند، در حالی که هدف پنهان او، ترک ازدواج است).
- ۳ - انگیزش (به عبارت دیگر، زمانی که درمانجو به نتایج مطلوب درمان ارزشی نمی گذارد تا زمان و تلاش لازم برای تغییر وضعیت اختصاص دهد).
- ۴ - سطح بالای واکنش روان شناختی و نیاز حاصله برای کنترل متقابل.

---

1. Secondary gain

2. Self - Fulfilling prophecies

3. Hidden agendas

## ۵- محدودیتهای عصب شناختی و زیست شناختی دیگر.

### راهبردهای پیشگیری مقاومت

پژوهش در خصوص مقبولیت حوزه های روان شناسی اجتماعی، رفتار درمانی و طبی رفتاری منجر به ارائه چندین پیشنهاد شده است که ما آنها را در پیشگیری از مقاومت درمانجو، در هیپنوتیسم درمانی، مفید دانسته ایم که عبارتند از:

۱- درمانجو را در مورد درمان و دلیل آن آموزش دهید. همین توصیه توسط گیل مور و ماخنباوم<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) در مورد کاهش مقاومت، در رفتار درمانی شناختی نیز پیشنهاد شده است. آنها اشاره می کنند که داشتن مفهوم سازی<sup>۲</sup> مشترک با درمانجو در مورد مشکل او بسیار حائز اهمیت است چرا که مداخلات رفتاری - شناختی مستقیماً از مفهوم سازی مشکل درمانجو تبعیت می کند. چنانچه درمانجو دلیل درمان را نداند یا قبول نکند، در این صورت بعید به نظر می رسد که درمانجو بتواند با درمان سازگاری کند. در درمان اریکسون؛ احتمال کمی وجود دارد که روشهای درمانی از لحاظ منطقی با مشکلات درمانجو مرتبط به نظر برسد. با وجود این، هلی (۱۹۷۶) اهمیت توجه درمانجو نسبت به درمان را حتی در مورد تکنیکهای تناقضی (بعداً توضیح داده خواهد شد) از قبیل تشویق درمانجو به بازگشت عادت و تعیین علائم و نشانه ها، یادآور شده است. «قانون اثر معکوس»<sup>۳</sup> توضیح و توجه دیگری است که می تواند برای توضیح آموزشهای تناقضی به کار برده شود. درمانجویانی که مبتلا به علائم و نشانه هایی از قبیل بی خوابی، خجالت و عرق شدید هستند، می توانند چنین توجه شوند که هر قدر بکوشند تا با جدیت کارکردهایی را کنترل کنند، که تحت کنترل سیستم اعصاب خودمختار آنهاست، در این صورت بیشتر شکست خواهند خورد. بنابراین، تلاش برای شدت بخشیدن به علایم و نشانه های شخصی، دور باطل<sup>۴</sup>، را درهم شکسته و علایم و نشانه ها را کاهش خواهد داد. همان طوری که هلی (۱۹۷۶) اشاره کرده است، لازم نیست تا استدلال

1. Gilmore and meichenbaum

2. Conceptualization

3. The law of reverse effect

4. Vicious circle

درست باشد فقط لازم است متقاعدکننده و باورکردنی باشد.

۲- درمان را طوری تنظیم کنید که مناسب برنامه روزانه درمانجو باشد. به عبارت دیگر، ملزومات درمان را در چارچوب برنامه واقعی تنظیم نمایید و مطمئن شوید که درمان وقت‌گیر نمی‌باشد. در ابراز این توصیه در مورد هیپنوتیسم، نویسندگان دریافته‌اند که احتمال بیشتری وجود دارد که درمانجو خودهیپنوتیسم را اگر اجرای آن مطابق با رجحانات او باشد، تمرین نماید. به عنوان مثال، بعضی از درمانجویان اعتراض می‌کنند که خسته‌تر و یا گرفتارتر از آن هستند که خودهیپنوتیسم را آن طوری که درمانگران‌شان پیشنهاد می‌کنند تمرین نمایند. اما وقتی که مدت تمرین، مطابق با خواسته درمانجو، کوتاه‌تر می‌گردد در این صورت بسیاری از درمانجویان همکاری می‌کنند.

۳- در مورد درمانجویانی که نیاز به درمان پیچیده دارند از تقریبهای متوالی یا «شکل دهی» استفاده کنید. به جای این که از درمانجو بخواهید تا به درمان پیچیده متوسل شود بهتر است یک بار در هر زمان، عناصر برنامه را معرفی کرده و منتظر شوید تا درمانجو به هر عنصری قبل از معرفی تکنیکها و بخشهای اضافی، پاسخ دهد. نمونه این تاکتیک، درمان اریکسون در مورد فرد دارای وسواس شستشو<sup>۱</sup> است. اولین مداخله این بود که صرفاً به درمانجو یاد داده شد تا نوع صابون را تغییر دهد. بعد اریکسون، درمانجو را واداشت تا حوله‌های مختلفی را به کار برده و بعد در مواقع مختلف استحمام نماید و غیره. رویکرد مشابهی در حساسیت‌زدایی منظم به کار برده می‌شود. منظور این است که اضطراب و یا ترس مرضی درمانجو به مراحل کوچکتر و قابل تحمل‌تر تقسیم شده و بعد درمانجو را در ابتدا وادار به مواجهه با آسانترین آنها نماید.

۴- از تکنیکهای خودبازبینی استفاده کنید. واداشتن درمانجویان به بازبینی و ثبت فعالیتهای درمانی آنها، احتمال تبعیت درمانجویان را از برنامه، افزایش خواهد داد. شیوه‌های خودبازبینی بطور مرتب توسط درمانگران رفتاری - شناختی به کار رفته است. گرچه هیپنوتیسم درمانگران در بازبینی پیشرفت درمانجویان، کمتر تجربی به نظر می‌رسند اما خودبازبینی کاملاً با هیپنوتیسم درمانی سازگاری دارد. از طرفی هم، به نظر

می‌رسد بسیاری از درمانجویانی که در صدد هیپنوتیسم هستند از هیپنوتیسم، درمان معجزه‌آسایی را انتظار دارند که از ناحیه آنها نیاز به تلاش ندارد. این درمانجویان نوعاً در برابر ثبت سوابق، مقاومت نشان می‌دهند. یکی از موضوعات بحث، که توسط نویسندگان مطرح شده است این است که هیپنوتیسم را مشروط به اتمام رضایت‌بخش تکلیف‌های خودبازبینی کنیم. این شیوه، درمانجوی نافع‌ال را به ایفاء نقش فعال وامی‌دارد. دریافته‌ایم که در واداشتن درمانجویان به خودبازبینی، مادامی که درمانگر ثابت‌قدم بوده و از هیپنوتیسم استفاده نمی‌کند تا درمانجو اطلاعات مورد نیاز را بدهد در این صورت وابستگی است که کارآیی دارد و نیز دریافته‌ایم که اگر مقاومت مورد توجه قرار گیرد عده کمی از درمانجویان این شیوه را ترک کرده و در صدد یافتن هیپنوتیزور دیگر برمی‌آیند. اغلب درمانجویان بسادگی و براحتی، خودبازبینی را جهت رسیدن به هیپنوتیسم انجام می‌دهند.

یکی دیگر از مزایای استفاده از شیوه‌های خودبازبینی در آغاز درمان این است که این شیوه‌ها، واکنشی هستند، یعنی درمانجویان، اغلب، بهبودی را در نتیجه خودبازبینی تجربه می‌کنند. خودبازبینی، قبل از هیپنوتیسم به درمانجویان نشان می‌دهد که تغییر می‌تواند اتفاق افتد. بسیاری از درمانجویان به خاطر کشف این مسأله، متعجب می‌شوند و اغلب به وسیله این نتایج، احساس جرأت نموده و علاوه بر امیدواری، به نظر می‌رسد که اطمینان بیشتری به درمان پیدا می‌کنند.

۵- هر وقت که ممکن باشد، از حمایت اجتماعی خانواده و یا دوستان برای تشویق درمانجو و تقویت او برای پیروی از برنامه درمان، استفاده کنید. گرچه عوامل میان فردی در هیپنوتیسم درمانی مورد غفلت قرار می‌گیرند اما می‌توانند در غلبه بر مقاومت، ارزشمند باشند. اعضای خانواده می‌توانند به عنوان ابزارهای درمانی در برنامه‌های درمانی از قبیل در معرض ترس قرار دادن شخص مبتلا به ترس مرضی مورد استفاده قرار گیرند. بعد از حساسیت‌زدایی هیپنوتیسمی باز هم درمانجو نیاز دارد تا با ترسهای خود در واقعیت نیز روبرو گردد. حتی زمانی که از هیپنوتیسم برای کاهش اضطراب استفاده می‌شود، اغلب درمانجویان وقتی در محیط واقعی قرار می‌گیرند، اضطراب را از خود گزارش می‌کنند. بعضی اوقات حمایت و تشویق خانوادگی می‌تواند در این مسأله

فرق ایجاد کند که آیا درمانجو به اضطراب خود ادامه خواهد داد یا خیر. هم چنین اقدامات موفقیت آمیزتر نیز به وسیله همراهی خانواده با درمانجو در موقعیتهای ترسناک قبل از این که درمانجو به تنهایی وارد آن موقعیتهای بشود، ممکن می گردد. علاوه بر این، سهیم کردن بموقع اعضای خانواده در برنامه درمان، می تواند کمک کند تا از خرابکاری پیشرفت درمان در مراحل بعدی جلوگیری به عمل آید.

۶- درمانجو را در انتخاب تکنیکها و درست کردن تکالیف دخالت دهید. اغلب درمانگران تأکید کرده اند زمانی که به درمانجو حق انتخاب داده می شود، مقاومت کاهش می یابد.

همان طوری که در فصل دوم اشاره کردیم در تصمیمی که در مورد استفاده از شیوه تلقین هیپنوتیسمی گرفته می شود می توان درمانجو را دخالت داد. روشهای مختلفی می توانند مورد توصیف قرار گرفته و درمانجو رجحانات خود را بیان دارد. همچنین به جای تصویرسازیهای ذهنی استاندارد می توان از درمانجو خواست تا تصویر ذهنی مورد نظرش را درست نماید. بعد از این که نحوه تشکیل تلقین نیز به درمانجو یاد داده شد می توان درمانجو را در ایجاد تلقینات هیپنوتیسمی که درمانگر در درمان از آنها استفاده می کند، دخالت داد. پیشرفت مهارتهای خود هیپنوتیسم هم در این حالت تسهیل می گردد. اریکسون همچنین اهمیت اجازه داشتن درمانجو در انتخاب شیوه درمانی را در پاسخدهی به تلقینات هیپنوتیسمی مورد تأکید قرار داد. رویکرد کلی او این بود که در اجازه دادن به درمانجو، در پاسخدهی به تلقینات به نحو منحصر بفرد آسانگیر بود همان طوری که اریکسون و دیگران اشاره کرده اند، ابهام، تعمیم و تلقینات باز پاسخ<sup>۱</sup> تداعیات منحصر به فرد درمانجو و استعدادهای بالقوه او را نمایان می سازند. نمونه های زیر، نمونه هایی از تلقینات باز پاسخ هستند:

«ممکن است از احساس خاصی باخبر شوید».

«از تواناییهای بالقوه ای که داریم باخبر نیستیم و معمولاً نمی دانیم که چگونه چنین توانایی به منصه ظهور خواهد رسید».

«این هفته می‌توانید به تغییری که در هفته رخ خواهد داد توجه بکنید».

چنین تلقیناتی در پاسخدهی؛ آزادی بیشتری به درمانجو می‌دهد. حتی زمانی که اریکسون خواست تا پاسخ درمانجو را به جهت خاصی هدایت کند، تلقینات خود را طوری مطرح کرد که به درمانجو راههای مختلفی را ارائه نماید. برای اطلاع بیشتر از این که چگونه باید از تکنیکهای اریکسون برای تلقین هیپنوتیسمی استفاده نمود، به فصل دوم نگاه کنید.

۷- بر انتظارات و خواسته‌های درمانجو تأکید ورزید. وقتی درمانگر روش درمانی خود را با درخواست‌ها و انتظارات درمانجو منطبق می‌سازد، مقاومت کاهش می‌یابد. اغلب درمانجویان وقتی چیزهایی که می‌خواهند به آنها داده می‌شود بهتر عمل می‌نمایند. بنابراین، اغلب درمانجویانی که به هیپنوتیسم درمانی متوسل می‌شوند باید این امکان در اختیار آنان قرار داده شود.

۸- شکستها و مشکلات را پیش‌بینی کرده و درمانجو را برای مقابله با آنها آماده سازید. در برنامه رفتاری - شناختی جلوگیری از بازگشت عادت (مارلات و گوردون<sup>۱</sup> ۱۹۸۰)، درمانگر و درمانجو، افکار و موقعیتهای بسیار خطرناکی را که می‌توانند منجر به بازگشت عادت گردند، مشخص می‌سازند. به درمانجو یاد داده می‌شود تا این محرکها را از قبل پیش‌بینی کرده و برای پرداختن به آنها راهبردهای مقابله را برنامه‌ریزی نماید. تکنیک مشابه‌ای به وسیله درمانگر اریکسونی به کار برده می‌شود (هلی ۱۹۷۶). درمانگر، بازگشت عادت را پیش‌بینی کرده و یا به درمانجو یاد می‌دهد تا بازگشت را پیش‌بینی کند. درمانجو یا انتظار بازگشت عادت را دارد و یا به پیشرفت ادامه می‌دهد اما در هر حال، اعتبار درمانگر محفوظ می‌ماند. این روش، خصوصاً زمانی مفید است که درمانجو پیشرفت اولیه را از خود نشان داده باشد. در این حالت، درمانجو می‌تواند در مورد پیشرفت آینده بسیار مشتاق و غیرواقع‌بین گردد. چنانچه درمانگر، درمانجو را از واپس‌روی‌هایی که به طور طبیعی در طول درمان رخ می‌دهد، باخبر سازد درمانجو براحتی می‌تواند دلسرد و ناامید گردد پیش‌بینی شکستها در واقع انتظارات



واقع‌گرایانه‌تری را در مورد پیشرفت در درمان در اختیار درمانجو قرار می‌دهد. تکنیک مشابه دیگر، دربرگیرنده پیش‌بینی و پیش‌دستی نمودن به مقاومت می‌باشد. (واتزل‌ویک<sup>۱</sup> ۱۹۸۷). این تکنیک خصوصاً در مورد درمانجویان مخالف نیز مفید است. وقتی در مورد این که درمانجو آیا مقاومت خواهد کرد یا خیر، شک وجود داشته باشد، درمانگر می‌تواند با پیش‌بینی قبل از حادث شدن از به وجود آمدن مقاومت جلوگیری نماید. قبل از دادن تکالیف درمانی، درمانگر در مورد درمان، حرفهای احتیاطی را از این قبیل بیان می‌دارد «فکر می‌کنم این شیوه به شما کمک خواهد کرد اما احتمالاً شما فعلاً آمادگی انجام آن را ندارید» و یا «احتمالاً فکر خواهید کرد که برایتان بسیار سخت است که هم‌اکنون انجام دهید». اثر این‌گونه جملات دوگانه است: یا درمانجو با درمانگر مخالفت نمی‌کند و تکلیف را انجام می‌دهد و یا اعتبار درمانگر حتی با وجود این که درمانجو تکلیف را نپذیرد، محفوظ می‌گردد.

۹- برای حواسپرت کردن درمانجو از روشهای مختلفی استفاده کنید تا این که فرصت مقاومت نداشته باشد. پژوهش روان‌شناسی اجتماعی نشان داده است که حواسپرت کردن از یک پیام، می‌تواند مقاومت بعدی در برابر آن را کاهش دهد (به فستینگر. مکوبای<sup>۲</sup> ۱۹۶۴ نگاه کنید).

برای حواسپرت کردن درمانجو، چند روش وجود دارد. یکی از این روشها، استفاده از تکالیف چندگانه است. اریکسون اغلب، تکالیف جذابی را از قبیل گوش دادن به موسیقیها موقع ادای تلقین به درمانجو تکلیف می‌کند. همچنین می‌توان از درمانجو خواست تا به طور معکوس از ۹۹۹ تا ۱ سه‌تاسه تا بشمارد. طبق نظر اریکسون، روشهایی نظیر روشهای فوق از هشیاری درمانجو کاسته و احتمال مقاومت را کاهش می‌دهند. اریکسون اعتقاد داشت که ناهشیاری نسبت به تلقینات، زمانی اثرپذیر می‌گردد که ضمیر آگاه به وسیله تکلیفی جذاب، حواسپرت و یا گیج گردد (اریکسون، راسی ۱۹۷۹).

یکی دیگر از شیوه‌های تلقین هیپنوتیسمی که دربرگیرنده تکالیف چندگانه است، روش تثبیت چشم می‌باشد. این روش معمولاً بدین شکل شروع می‌شود که از درمانجو

خواسته می شود تا به نقطه ای خیره شده و آن چه را که در پلکهای خود احساس می کند توجه نماید. این روش ظاهراً زمانی بسیار قوی به نظر می رسد که هیپنوتیزور تأکیدی روی تثبیت چشم و بندش آن نداشته اما در عوض، تثبیت چشم را موقعی که در مورد چیزهای دیگر از قبیل تن آرامی و تنفس صحبت می کند، به درمانجو تکلیف کند. شیوه تلقین هیپنوتیسمی زیر که خواننده می تواند در مورد آن، جزئیات بیشتری را در فصل دوم مطالعه کند، روش تثبیت چشم را که دربرگیرنده وظایف چندگانه و راههای مختلف پاسخدهی است. توضیح می دهد:

«می توانید نقطه ای را که دوست دارید انتخاب کرده و بدان خیره شوید. اگر چشمهای شما منحرف شوند کافی است فقط آنها را معطوف همان نقطه نمایید. به آن نقطه خیره شوید تا چشمهایتان خسته شوند؛ بعد چشمهایتان را بسته و به حالت لذت آور و خوش وارد شوید. زمانی که دارید به نقطه خیره می شوید ممکن است پدیده جالبی را مشاهده کنید. بعضیها، در این حالت تاری دید را تجربه می کنند در حالی که بعضی دیگر احساس می کنند که نقطه دارد حرکت می کند و رو به ناپدید شدن می گذارد. مهمترین چیز برای شما این است که هر آن چه را که تجربه می کنید از آن لذت و بهره ببرید و وقتی شما به تمرکز به آن نقطه ادامه می دهید، به خودتان اجازه دهید تا در صندلی فرو رفته و شروع به تن آرامی کنید.

یکی دیگر از راههای حواسپرت کردن درمانجو استفاده از روش میان فردی و یا تلقینات ضمنی است. در این روش، برخی تلقینات بطور ضمنی در محتوای یک داستان گنجانده می شود که به نظر می رسد ارتباط کمی با مشکل درمانجو داشته باشند. تلقینات ضمنی معمولاً از نظر صوتی با فشار ادا می گردند.

نمونه ای از تکنیک پراکنده اریکسون در مورد تلقینات ضمنی، درمان شخصی به اسم جُو<sup>۱</sup> (گلفروش) است که مبتلا به سرطان می باشد. گرچه او نسبت به هیپنوتیسم، مقاومت نشان می داد اما خانواده اش از اریکسون تقاضا کردند تا او را درمان نماید. اریکسون حتی در مورد هیپنوتیسم با جُو بحث و گفتگو نکرد اما در پاسخ به سؤال او در

مورد این که چه چیزی از او می‌خواهد، اریکسون فوراً شروع کرد به صحبت کردن دربارهٔ باغبانی و کشت گوجه‌فرنگی که به نظر گفتگویی اتفاقی می‌رسید. اما اریکسون، تلقینات هیپنوتیسمی خود را در لابلای نظراتش در مورد کشت گوجه‌فرنگی بصورت پراکنده وارد ساخت. در زیر، بخش کوچکی از شیوهٔ تلقینی اریکسون (تلقینات ضمنی بوسیلهٔ نویسندگان فعلی که با حروف درشت نوشته شده‌اند) آورده شده است:

«حالا، وقتی که دارم صحبت می‌کنم و این کار را به راحتی انجام می‌دهم. دوست دارم شما هم، وقتی که دارم در مورد گیاه گوجه‌فرنگی حرف می‌زنم، به راحتی به حرفهای من گوش دهید. چیزی که می‌خواهم درباره‌اش حرف بزنم چیز عجیب و غریبی است و باعث می‌شود که شخص، کنجکاو شود. چرا در مورد گیاه گوجه‌فرنگی می‌خواهم صحبت کنم؟ شخص می‌تواند تخم گوجه‌فرنگی را در زمین بکارد و امیدوار باشد که این تخم تبدیل به گیاه گوجه‌فرنگی شده و ثمرهٔ آن به او رضایت بخشد. تخم گوجه‌فرنگی در آب خیس می‌خورد. مشکل زیادی در این خصوص وجود ندارد چرا که باران آرامش را به ارمغان آورده و با تبدیل شدن تخمهای گوجه‌فرنگی به خود گوجه‌فرنگی و گل، شادی را سبب خواهد شد. (هلی ۲۶۲ صفحه ۱۹۷۳).

یکی دیگر از راههای حواسپرت کردن درمانجویان، استفاده از جریان گم‌گشتگی است. این بحثی است که مرتباً تمرکز و جهتش تغییر می‌یابد اما یک پیام زیربنایی مرکزی دارد. چون تقریباً دنبال کردن بحث از نظر منطقی برای درمانجو، تقریباً غیرممکن است بنابراین انجام ندادن این کار راحتتر است. چون در این مسأله فرآیندهای عالی ذهن در مورد سانسور و ارزیابی، موقتاً در حال سکون است بنابراین، درمانجو می‌تواند پیام اصلی را با کمترین مقاومت بشنود. درست کردن شیوه‌های گم‌گشتگی، کار ساده‌ای نیست (گم‌گشتگی برای درمانگر نیز آسان است و پیشنهاد می‌کنیم که نمونه‌های ذکر شده در نوشتجات اریکسون مورد مطالعه قرار گیرند) (به عنوان مثال، اریکسون، راسی و راسی ۱۹۷۶، اریکسون و رالی ۱۹۷۹).

۱۰ - از تکنیک قدم به درگاه گذاشتن استفاده کنید. اریکسون بطور مکرر از مفهوم

«قدم به درگاه گذاشتن»<sup>۱</sup> استفاده کرده و برای رفتار مشارکتی، اصطلاحی موسوم به آمایه<sup>۲</sup> بله<sup>۳</sup> را ابداع نمود (اریکسون ۱۹۷۶). راهبرد اصلی این است که از درمانجو بخواهیم تا کارهای خیلی کوچک را قبل از خواستن کارهای بیشتر به انجام برساند. رویکرد «قدم به درگاه گذاشتن» برای کاهش مقاومت به کار می‌رود که این کار را با ایجاد آمایه مشارکتی انجام می‌دهد و شخص را به ادامه همکاری مستعد می‌سازد.

در درمان، راههای زیادی وجود دارد که در آنها رویکرد «قدم به درگاه گذاشتن» به کار می‌رود. از درمانجو خواسته می‌شود تا کارهای بسیار کوچک نظیر نشستن روی صندلی دیگر را انجام دهد که این موضوع می‌تواند اولین قدم در ایجاد آمایه بله باشد. در هیپنوتیسم استفاده از همگامی و هدایت می‌تواند آمایه‌ای از بله را برقرار کند. همان‌طوری که قبلاً گفته شد، در همگامی با درمانجو، درمانگر به رفتارهای درمانجو طوری اشاره می‌کند که گویی آنها را قبلاً مشاهده می‌نموده است و یا این که تجربیات را طوری به حالت باز، توصیف می‌کند که درمانجو با تداعیات خود به آنها پاسخ می‌دهد. تمامی این روشها کمک می‌کند تا یک حالت مشارکت در درمانجو به وجود آید. اساساً هدف، واداشتن درمانجو به همکاری است و یا صرفاً هدف این است که به او بقبولانیم که دارد همکاری می‌کند و مهم نیست که چه کار دارد می‌کند.

### راهبردهایی برای شکستن مقاومت

موقع بروز مقاومت، دو راه برای غلبه بر آن وجود دارد. روش مستقیم و روش غیرمستقیم.

#### روشهای مستقیم

یکی از نویسندگان؛ رویکرد حل مسئله<sup>۴</sup> را که می‌تواند برای غلبه بر مقاومت مورد استفاده قرار گیرد مختصراً شرح داده است (گلدن ۱۹۸۳). این رویکرد شامل ارزیابی

1. Foot in the - door

2. Yes set

3. Problem - solving

مجدد درمان، موقع بروز مقاومت است. درمانگر و درمانجو به طور مشترک در مورد این تنگنا به عنوان مسأله‌ای که باید حل گردد، دست به کار می‌شوند. به درمانجو یاد داده می‌شود تا روشهای مشابه‌ای را که در درمان به کار می‌رود برای رفع هر مسأله‌ای به کار گیرد از قبیل خودبازبینی، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های جدید، که برای غلبه بر مسأله مورد نیاز است و حساسیت‌زدایی در مورد اضطرابهایی به مراتب بالاتر و غیره در ذیل شرح مختصری از برنامهٔ مقابله یا مقاومت را مشاهده می‌کنید که توسط گلدن (۱۹۸۳) پیشنهاد شده است:

- ۱- مقاومت را مورد توجه قرار داده و درمانجو را برای کشف دلیل آن، فرا بخوانید.
- ۲- عوامل احتمالی مربوط به درمانگر را بررسی کنید.
- ۳- اهداف درمانجو و برداشتهای او را از درمان، مورد ارزیابی مجدد قرار دهید. ارزیابی کنید که آیا درمان و تکالیف، مرتبط با اهداف درمانجو هستند یا خیر.
- ۴- چنانچه تغییرات پیشنهاد شده، بسیار اضطراب‌زا هستند، تغییرات رفتاری کوچکتر را مورد مذاکره قرار دهید.
- ۵- عوامل محیطی و میان فردی را که باعث حفظ مسأله می‌شوند، در نظر بگیرید. در مورد کسانی که بطور عمدی سعی می‌کنند تا در تغییر رفتار درمانجو، خرابکاری و مانع ایجاد کنند درمانجو را یاری کنید. «خرابکاران خیراندیش» را به دوست تبدیل کنید به عنوان مثال، اعضای خانواده را در مورد درمان آموزش داده و آنها را در امر درمان به عنوان دستیاران درمانی، دخالت دهید.
- ۶- به درمانجو کمک کنید تا هرگونه افکار، احساسات، رفتارها، پیامدهای تقویت‌کننده، و اضطرابهای سطح بالایی را که با امر تغییر رفتار درمانجو، در تعارض هستند، شناسائی و مشخص نماید.
- ۷- اضطرابات سطح بالای درمانجو را مجدداً بررسی و روی آنها کار کنید. به عنوان مثال، درمانجویی که ترس از مکانهای باز<sup>۱</sup> داشت بعد از پیشرفتهای اولیه، اجرای این برنامه را در تکالیف محیط واقعی، متوقف ساخت. بررسی مقاومت، ترس او را از مواجهه

شدن با مسؤولیتهای کار و ازدواج، پس از آن که او بر ترس از مکانهای باز غلبه یافت، نشان داد. قسمت عمده درمان قبل از بازگشت به درمان ترس از مکانهای باز، روی غلبه او بر این ترسها متمرکز شد.

۸- در جستجوی «عوامل پنهان»<sup>۱</sup> و نفع ثانوی بیماری باشید. به کمک درمانجو، پیامدها و نقاط مخالف و موافق را کشف و ارزیابی کنید. در جستجوی محاسن و معایب تغییر و عدم تغییر باشید که ممکن است درمانجو آن را در نظر نگیرد و یا درک نکند. به کمک درمانجو دریابید که اگر قرار بود تغییری رخ دهد، چگونه زندگی بهتری را بدتر می شد. ۹- برای تغییر هیجانات ناسازگار از قبیل اضطراب، احساس گناه و خجالت، و یا تحمل اندک ناکامی که با توانایی درمانجو در قبول تکالیف و دستورات درمانی در تعارض هستند، از روش بازسازی شناختی استفاده کنید.

۱۰- برای تشویق به تسلیم شدن درمانجویان مقاوم از پاداش و جریمه استفاده کنید. ۱۱- وقتی روشهای دیگر با شکست روبرو می شوند از روشهای غیرمستقیم مثل روش درمانی اریکسون، استفاده کنید (به عنوان مثال از روش پیوستن به مقاومت).

مثال رویکرد حل مسأله که به مقاومت در هیپنوتیسم درمانی می پردازد مورد باربارا<sup>۲</sup> است. وقتی در نتیجه کشف درمانگر (ویلیام گلدن) و درمانجو، دلایل احتمالی اینکه چرا باربارا نسبت به حساسیت زدایی هیپنوتیسمی پاسخ می داده، روشن شد، درمانجو این موضوع را افشاء کرد که خود هیپنوتیسم را تمرین و اعمال نمی کرده است. مقاومت باربارا به خاطر این عقیده بود که وی توانایی استفاده از هیپنوتیسم را نداشته و مجبور است برای درمان به درمانگر وابسته باشد. برای این که به باربارا کمک شود؛ درمان بسمت تغییر او معطوف شد تا احساسات درماندگی و نومییدی اش را عوض کند. این احساسات باعث می شدند که وی آشکارا نقش وابستگی را در درمان ایفاء کند. تکنیکهای گوناگونی نظیر تکنیک بازسازی شناختی، خطرجویی<sup>۳</sup> و تقریبهای متوالی برای غلبه بر درماندگی او تا جایی که بطور موفقیت آمیز قادر به استفاده از خود هیپنوتیسم در

1. Hidden agendas

2. BarBara

3. Taking risk

کاهش ترسهایش باشد، مورد استفاده قرار گرفتند. برای به دست آوردن اطلاعات دقیقتر در این مورد، به فصل ۸ در زمینه آموزش خودهیپنوتیسم نگاه کنید.

### روشهای غیرمستقیم

گرچه رویکرد مستقیم حل مسأله برای غلبه بر مقاومت، اغلب، موفقیت آمیز بوده است اما درمانجویانی هستند که این روش برای آنها مناسب نمی باشد. درمانجویانی که همکاری نمی کنند (درمانجویان مخالف) و درمانجویانی که وقتی برای همکاری تلاش می کنند، نشانه ها و علائم شان بدتر می شود ممکن است از رویکرد غیرمستقیم بهره بیشتری ببرند. راهبردهایی که در این زمینه، مفید دانسته شده اند تکنیکهای بهره برداری اریکسون و مداخلات تناقضی است.

### مداخلات تناقضی

آموزشهای تناقضی می توانند در طول هیپنوتیسم ارائه شوند اما به تنهایی هم مؤثر هستند. داود و میلن (۱۹۸۶) چند نوع آموزش تناقضی را توصیف کرده است. در «تجویز علائم»<sup>۱</sup> به درمانجو آموزش داده می شود تا خودش را درگیر رفتار مشکل آفرین نموده و حتی در آن مبالغه نماید، مثلاً به شخص مبتلا به بی خوابی گفته می شود که به طور عمدی برای بیدار ماندن تلاش نموده و سعی نکند که بخوابد. در استفاده از مهارکننده ها<sup>۲</sup>، درمانگر، درمانجو را یا از صورت گرفتن تغییر مایوس می کند و یا بازگشت عادت را پیش بینی می کند. در «موضع یابی»<sup>۳</sup> درمانگر به مقاومت پیوسته و با بیانات منفی درمانجو موافقت می کند.

در به کار بردن مداخلات تناقضی، احتیاط لازم است. همان طوری که داود و میلن اشاره کرده اند، بعضی وقتها استفاده از مداخلات تناقضی، نه عقلانی است و نه اخلاقی. به خوانندگان قویاً توصیه می کنیم که از به کار بردن آموزشهای تناقضی اجتناب کنند چرا

1. Symptom prescription

2. Restraining

3. Positioning

که به پیامدهای منفی از قبیل، خشونت، خودکشی، آدمکشی، قتل، افراط در مشروب‌خوری، اعمال غیرقانونی و یا استفاده از مواد مخدر منجر می‌شود و یا این که منجر به رفتاری می‌شود که برای فرد و دیگران مضر هستند. استفاده از تناقض را همچنین در مورد افراد نامرتب و کسانی که از لحاظ ذهنی، عقب‌افتاده هستند و یا در موقعیتهای بحرانی از قبیل واکنشهای حاد سوگ،<sup>۱</sup> توصیه نمی‌کنیم. همچنین باید در استفاده از تناقض در مورد جامعه ستیزها،<sup>۲</sup> افراد پارانوئید،<sup>۳</sup> و درمانجویانی که بسیار افسرده و یا دارای شخصیت‌های مرزی<sup>۴</sup> هستند؛ احتیاط به عمل آید.

داود و میلن (۱۹۸۶) آن دسته از انواع مداخلات تناقضی را که برای درمانجویان واکنش بالا و درمانجویان واکنش پائین، مناسب هستند، بحث کرده‌اند. درمانجویانی که واکنش پائین دارند افرادی که با درمانگر همکاری می‌کنند در حالی که درمانجویان دارای واکنش بالا با درمانگر مخالفت کرده و حالت تدافعی به خود می‌گیرند. سطح واکنش می‌تواند به وسیله رفتار مصاحبه‌ای، مورد ارزیابی قرار گیرند مثلاً می‌تواند توسط مخالفت مدام با درمانگر و یا عدم به انجام رساندن تکالیف خانگی و یا توسط روش نوشتاری از قبیل مقیاس واکنش درمانی (داود و دیگران، ۱۹۸۴) که در ابتدای فصل توضیح داده شد؛ مورد ارزیابی قرار گیرد.

برای درمانجویان دارای واکنش بالا، راهبردهای مبتنی بر خودسری مفید می‌باشد این راهبرد مبتنی بر این فرض است که درمانجو از دستور نافرمانی کرده و بدین وسیله بهبود می‌یابد. نمونه این مورد، تکنیک مهارکننده منع تغییر است که در آن درمانگر، درمانجو را تشویق می‌کند که خیلی سریع بر مشکل غلبه نکند. یک درمانجوی دارای واکنش بالا از این دستور سرپیچی می‌کند و سریعتر تغییر می‌یابد این، حائز اهمیت است که نگذاریم درمانجوی خودسر، از هدف واقعی آموزش تناقضی سردر بیاورد و الاً ممکن است به طرز مخالف عمل نماید. موضع‌یابی نیز به عنوان راهبرد مقابله با درمانجوی واکنش بالا، مفید است. مثلاً موافقت کردن با درمانجویان واکنش بالا، به این

1. Acute grief reactions

2. Sociopaths

3. Paranoids

4. Boredline personalities



صورت که آنها نمی‌توانند تغییر یابند اغلب منجر به تغییر می‌شود. بنابراین اهمیت دارد که صرفاً راهبردهای مبتنی بر خودسری<sup>۱</sup> را در مورد درمانجویان دارای واکنش بالا، استفاده کنیم. اگر به درمانجویان دارای واکنش پایین، این موضوع گفته شود که نمی‌توانند تغییر یابند، جز تضعیف روحیه، تغییری ایجاد نخواهد کرد.

راهبردهای مبتنی بر تسلیم برای درمانجویان دارای واکنش پایین مفید بوده و براساس این فرضیه است که درمانجو با اجرای دستور بهبود خواهد یافت. بعضی از مداخلات تناقضی برای درمانجویان دارای واکنش پائین، مناسب می‌باشند. همان‌طوری که واتزلوویک، ویک لند و فیخ<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) اشاره کرده‌اند بسیاری از اوقات راه‌حلهایی که درمانجویان برای حل مشکلاتشان به کار می‌برند به جای این که اوضاعشان را بهبود بخشد، وضعیت آنها را بدتر می‌سازند. وضعیتهایی (از قبیل بی‌خوابی، خجالت کشیدن، عرق زیاد کردن، اختلال نعوظی، انزال زودرس و یا انزال دیررس و اختلال اوج لذت جنسی وجود دارند که در آنها تلاش برای استفاده از قدرت اراده و یا سخت کوشیدن معمولاً اضطراب را افزایش داده و اوضاع را بدتر می‌کند. تجویز علائم برای درمانجویان واکنش پائین که شرایط فوق را دارند، مفید و سودمند است چرا که هرگونه تلاشی که برای سازگاری با دستور تناقضی صورت می‌گیرد با راهبرد غیرمؤثر درمانجو در تعارض می‌باشد. مثال این مورد، درمانجوی مبتلا به بی‌خوابی است که قبلاً سعی می‌کرده تا به خواب برود، و صرفاً با این کارش، مشکل را بدتر می‌نمود. آموزشهایی که سعی می‌کنند تا آنجایی که امکان دارد درمانجو را بیدار نگه دارند، در مورد درمانجویان موافق، کارآئی بیشتری دارند، چرا که سعی می‌کنند از دستور تبعیت کنند (آموزشهای یاد شده در طول هیپنوتیسم قابل‌ارائه بوده اما بدون هیپنوتیسم هم مؤثر هستند). برای سازگاری با این آموزشها درمانجویان تلاش به خواب رفتن را متوقف کرده و براحتی به خواب می‌روند.

## تکنیکهای بهره‌برداری

کاربرد راهبردهای بهره‌برداری باکار میلتون اریکسون<sup>۱</sup>، به طور آشکار نشان داده شده است. هر وقت اریکسون با مقاومت روبرو می‌شد سعی می‌کرد تا این راهبرد را به طریق درمانی به جای رویارویی و یا مخالفت با مقاومت به کار گیرد. اریکسون برای توصیف نحوه استفاده از مقاومت، تشبیه بسیار خوبی به کار می‌برد. او می‌گوید «کسی که می‌خواهد جریان آب رودخانه را تغییر دهد اگر سعی کند تا با مسدود کردن رودخانه با آن به مخالفت برخیزد، آب رودخانه از بالا و اطراف او سرازیر می‌شود اما اگر فشار رودخانه را بپذیرد و آن را به جهت جدیدی تغییر دهد در این صورت، فشار آب رودخانه، مسیر دیگری را باز خواهد کرد» (در هلی ۱۹۷۳ صفحه ۸). تشبیه مفید دیگری توسط واتزلوویک<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) ارائه شده است که رویکرد مورد نظرش را به عنوان جودوی<sup>۳</sup> روان‌شناختی توصیف می‌کرد، او می‌گفت: «به جای وارد شدن به درگیری قدرت با درمانجو و به کارگیری زور علیه مقاومت، بهتر است تسلیم مقاومت شده و از مقاومت درمانجو به طرز مثبت استفاده کنیم».

نمونه‌ای از نحوه استفاده از مقاومت را می‌توان در درمان اریکسون در مورد پسر ۱۲ ساله و ۱۷۰ پوندی، ملاحظه نمود. این پسر به وسیله والدینش، فردی یاغی، عبوس، غیرهمیار و مبتلا به شب‌ادراری مزمن توصیف شد. وقتی اریکسون او را به محل کارش دعوت کرد وی مقاومت نمود و گفت به اندازه کافی برای به خواب رفتن خسته است و این که ترجیح می‌دهد به خانه برود. اریکسون با تصدیق این که پسر، توانسته او را «با به خواب رفتن و گوش ندادن» مغلوب سازد به او پاسخ داد. اریکسون گزارش کرد که پسر «چالش»<sup>۴</sup> را پذیرفته و به وسیله تلقیناتی چون «فقط بخواب، به من گوش نده» حتی اگر حرف هم بزنم خواهید توانست آسوده و راحت بخوابید...» خلسه به او تلقین شد. (اریکسون ۱۹۵۲ صفحه‌های ۲۳۰ - ۲۲۹). اریکسون بعداً شروع به دادن تلقیناتی نظیر تلقینات زیر نمود:

---

1. Milton Erickson

2. Watzlawick

3. Judo

4. Challenging

«والدیتان می‌خواهند شما همیشه رختخواب خشکی داشته باشید اما این کار بسادگی معقول نیست. در وهله اول، برای یادگیری این که تختخواب خود را خیس نکنید بسیار پرمشغله بوده و سرتان شلوغ است ... اما بزودی بطور کامل رشد خواهید کرد. بزرگتر از پدرتان خواهید شد و مجبور نخواهید بود نیروی خود را برای غلبه بر او به کار ببرید. همه انرژی و قدرت خود را حفظ کرده و آن را صرف رشد و برای چیزهای مورد علاقه‌تان به کار خواهید برد مثلاً برای خیس نکردن تختخواب‌تان به کار خواهید گرفت. در حقیقت، برای ایجاد بدن بسیار قوی و نیرومند در شرف اتمام کار هستید و احتمالاً انرژی اضافی هم خواهید داشت.

اما اجازه بدهید تا این موضوع را درست بررسی کنیم فکر نمی‌کنم عاقلانه باشد که انتظار این را از شما داشته باشیم که این ماه رختخواب خشکی داشته باشید. حالا هنوز اوایل ژانویه است. حتی از شما انتظار نداریم که این هفته، حتی یک بار رختخواب‌تان را خیس نکنید. خیلی زود است که این کار را بکنید و معقول هم نمی‌باشد. اما آن‌چه که مرا به تعجب واداشته این است که نمی‌دانم شما چهارشنبه هفته آینده، رختخوابتان را خیس نخواهید کرد یا سه‌شنبه هفته آینده. من و شما نمی‌دانیم و مجبوریم منتظر شویم تا این موضوع را دریابیم. این یک انتظار طولانی است چرا که امروز، دوشنبه است و شما واقعاً این موضوع را تا جمعه هفته آینده نخواهید دانست که آیا چهارشنبه هفته آینده رختخوابتان را خیس نخواهید کرد و یا سه‌شنبه هفته آینده، می‌توانید جمعه هفته آینده به این‌جا مراجعه کنید و به من اطلاع دهید که آیا چهارشنبه هفته گذشته بود که رختخوابتان را خیس نکردید و یا سه‌شنبه هفته گذشته و چاره‌ای ندارید جز این که منتظر شوید و ببینید (۱۹۵۲، صفحات ۲۳۱ - ۲۳۰).

در جلسه بعدی؛ درمانجو گزارش کرد که هم سه‌شنبه و هم چهارشنبه، تختخواب خشکی داشته است (یعنی رختخوابش را خیس نکرده بودم). بعداً، اریکسون برای این که شب‌ادرازی پسر به طور کامل متوقف شود، تلقینات مشابه‌ای را نمود در این مثال، اریکسون به مقاومت درمانجو، پیوسته و مقاومت او را به عنوان بخشی از شیوه تلقین هیپنوتیسمی در مورد این پسر به کار برد. بعد؛ یکی از ملزومات درمانی را که واتزلاویک (۱۹۷۸) بدان اشاره کرده است به کار برد که درمانجو را به «راههای خطای حسی»

می‌کشاند. به نظر می‌رسد که گویی درمان‌جو راه‌های متفاوتی برای پاسخدهی به ملزومات درمان داشته باشد اما اگر کارآیی درمان، بیشتر باشد بدون این که پاسخدهی درمان‌جو، اهمیت داشته باشد، بهبود خواهد یافت. اریکسون؛ این کار را با اظهار این که از پسر، انتظار نداشت که آن هفته «تختخوابش را خیس نکند» و این که متعجب شد که آیا چهارشنبه آینده تختخوابش را خیس نخواهد کرد و یا سه‌شنبه آینده، انجام داد. پسر در قید و بند واقع شد چرا که در انتخاب این موضوع که روز چهارشنبه هفته آینده رختخوابش را خیس نکند و یا سه‌شنبه هفته آینده، مختار شده بود. حتی اگر آن هفته هم رختخوابش را خیس می‌کرد، باز به معنای این بود که با تلقین اریکسون موافقت کرده است. همان‌طوری که در بالا اشاره شد این پسر نه روز چهارشنبه و نه روز پنجشنبه، رختخوابش را خیس نکرد.

نوع دیگری از تلقین غیرمستقیم که توسط اریکسون در این مورد به کار رفت، تلقین ضمنی بود مثلاً، این بیان توسط اریکسون به کار رفت: «فکر نمی‌کنم که عاقلانه باشد تا از شما انتظار داشته باشم تا در طول این ماه رختخوابتان را اصلاً خیس نکنید». در این‌جا، اریکسون به طور غیرمستقیم تلقین کرد که پسر در آن ماه رختخوابش را شب‌هنگام خیس نکرده و در واقع تغییر دائمی به دست خواهد آورد. طبق نظر اریکسون، تلقینات غیرمستقیم، بهتر است چرا که در این شرایط درمان‌جو به طور کامل از رابطه بین تلقین و پاسخدهی خود باخبر نمی‌باشد. وقتی درمان‌جو از فرآیند تلقین غیرمستقیم باخبر نباشد، برای مقاومت کردن، فرصت کمتری خواهد داشت.

## درمان درمان‌جوی مقاوم:

### نمونه‌های موردی

#### مورد I

جان<sup>۱</sup> یکی از دانشجویان علوم اجتماعی بود که به خاطر اضطراب آزمون، تمرکز

ضعیف و مشکل مطالعه، در صدد درمان بود، کارکرد او کم بوده، و هیچ دوستانی هم نداشت. او به عنوان کارگر ساده، شبها کار می‌کرد. و دانشجوی حاشیه‌ای بودنش، نیز تاریخچه طولانی داشت.

جان بر درمان هیپنوتیسمی تأکید می‌ورزید اما مدعی بود که نمی‌تواند هیپنوتیسم شود. او گزارش کرد که برای هیپنوتیسم شدن به پنج هیپنوتیزور مختلف مراجعه کرده که همگی از هیپنوتیسم کردن او عاجز بودند. اما همگی؛ شیوه‌های تلقین هیپنوتیسم سنتی را که دربرگیرنده تلاشهای مستقیم برای تلقین هیپنوتیسم هستند استفاده می‌کردند.

درمانگر (ویلیام گلدن) که درست مثل درمانگران دیگری که تلاش می‌کردند تا جان را به وسیله هیپنوتیسم؛ آن‌طوری که خودش می‌خواست درمان کنند، احساس می‌کرد که با شکست مواجه خواهد شد. از یک طرف، جان تقاضای هیپنوتیسم می‌نمود و از طرف دیگر، می‌گفت که نمی‌تواند هیپنوتیسم گردد. شیوه تلقین غیرمستقیم، فوراً در پاسخ به چالش او به شرح زیر به کار رفت (گلدن ۱۹۸۶، صفحات ۱۶-۱۴):

«جان، می‌دانید که حق با شماست. نمی‌توانم ترا هیپنوتیسم کنم اما نشان خواهم داد که چطور خود را هیپنوتیسم خواهم کرد».

«بدون هیچگونه مشکلی، درمانگر به او نشان داد که چگونه خودش را هیپنوتیسم می‌کند». «ابتدا، جای راحتی را در روی صندلی؛ درست مثل جایی که هستم و یا جایی که هستید، پیدا می‌کنم بعد می‌گذارم تا بدنم در داخل صندلی به شکل راحتی فرو برود. (درمانگر مکث نمود و به سمت جان نگاه کرد ظاهراً در پاسخ به تلقین ضمنی، جان، خودش را روی صندلی جابه‌جا کرد. درمانگر قبل از این که به کارش ادامه دهد، منتظر شد تا جان راحت بگیرد).

معمولاً چشمانم را می‌بندم اما مجبور به این کار نیستم. اما بهتر است، زمانی که دارید برای اولین بار تن‌آرامی را یاد می‌گیرید، این کار به شما کمک می‌کند (درمانگر، برای تن‌آرامی، تلقینات غیرمستقیمی را به جان می‌داد و او هم مختار بود که چشمانش را بسته و یا باز نگه دارد. او هم چنین در انتخاب تجربه کردن تن‌آرامی و یا گوش دادن و یاد گرفتن خود هیپنوتیسم که توسط فردی دیگر در مورد خود به کار می‌رود مختار بود).

درمانگر برای چند لحظه‌ای چشمانش را بست و در مورد نحوه خودهیپنوتیسم شروع به صحبت کرد. وقتی درمانگر چشمانش را باز کرد، دید که درمانجو دارد با چشمان بسته، استراحت می‌کند.

بعد، چند نفس عمیق و آرام و طولانی می‌کشم. هر بار که بازدم می‌کنم یک کمی از تنش خود را کم می‌کنم ... می‌گذارم دستها و پاهایم، شل و راحت باشند ... می‌گذارم تا بدنم در روی صندلی فرو رود ... می‌گذارم آرواره‌ام به طور شل معلق بماند (درمانگر شروع کرد به نشان دادن نحوه نفس کشیدن و تن‌آرامی تدریجی، گاهیگاهی چشم‌های خود را باز می‌کرد تا جان را ببیند و دستورات خود را جهت همگامی با تغییرات حاصله در تنفس و وضع اندام و وضع ساختمان ماهیچه‌های درمانجو، مطابقت نماید).

وقتی درمانجو، نفس خود را بیرون می‌داد، درمانگر تلقین می‌کرد که وقتی دارید نفس خود را بیرون می‌دهید، می‌توانید روی صندلی‌تان بیشتر فرو رفته تن‌آرامی زیادی را تجربه کنید (در این وضع، درمانگر از صحبت کردن در مورد تجارب خود، خودداری می‌کرد و از بکار بردن کلمه «من» امتناع نموده و مستقیم‌تر صحبت کردن با درمانجو، و با به کار بردن «شما» شروع به رهبری و هدایت او می‌کرد).

بعد از این که جان، علائم تن‌آرامی عمیق را از خود نشان داد، به او چنین تلقین شد که آرمیده است اما می‌تواند وارد جلسه هیپنوتیسمی عمیق بشود. تصویر ذهنی تن‌آرامی شمارش و تصویر ذهنی پایین آمدن از پلکان هم به عنوان تکنیکهای عمیق‌کننده خواب هیپنوتیسمی، به کار گرفته شدند. بعد، قبل از این که جلسه، خاتمه یابد، به او چنین تلقین شد که وی آزمودنی خوب هیپنوتیسمی بوده و این که می‌توانست جلسه را مجدداً با تکرار کردن شیوه و با به کارگیری همان تکنیکهای مربوط به نفس عمیق کشیدن، تن‌آرامی تدریجی، تصور کردن مناظر نشاط‌آور، شمارش و تصویر ذهنی پلکان، ایجاد نماید و نیز به او چنین تلقین شد که وی در طول جریان جلسه، نسبت به تلقینات سازنده‌ای که در رسیدن به اهداف او مؤثر و مفید هستند، پاسخدهی بیشتری داشته است. متعاقب این نیز تلقین شد که بعد از باز

کردن چشمانش می‌تواند مجدداً خلسه را به وجود آورد چرا که حالا می‌داند که چگونه خودش را هیپنوتیسم نماید. او به این تلقینات، پاسخ داده و نشان داد که می‌تواند خود هیپنوتیسم را به خودش تلقین نماید و در جلسه بعدی گزارش کرد که تمرینات خود هیپنوتیسمی را چند بار در روز تمرین می‌کرده است.

در جلسات بعدی، نسبت به روشهای مستقیم، بیشتر پذیرا شد و همکاری بیشتری نمود. تصویر ذهنی هم برای شناسایی افکار و نگرشها و خیال‌پردازیهای متناقض به کار رفت. وقتی جان در حال خلسه بود، به او یاد داده شد که خودش را در موقعیت‌های امتحان دادن تصور کند. توسط این تکنیک فراخوان، قادر شد تا گزارش کند که اعتقاد دارد که «گیج»<sup>۱</sup> و «بی‌ارزش»<sup>۲</sup> بوده و بدون در نظر گرفتن مقدار مطالعه‌ای که می‌کرده، شکست می‌خورده است و نیز چیزهای دیگری که به وسیله تصویر ذهنی، فرا خوانده شدند یکسری تصاویر و خیال‌پردازیهای بودند که در آنها او خودش را در حال شکست خوردن در امتحانات تصور می‌کرد.

درمان، شامل شیوه‌های بازسازی شناختی بود که موقع خلسه بودن درمانجو به کار گرفته شدند. تمرین ذهنی نیز تکنیک؛ عمده‌ای بود که به کار رفت. در طول هیپنوتیسم، تلقینات زیر به وسیله درمانگر به جان داده شد در حالی که او خودش را در موقعیتهایی تصور می‌نمود که داشت امتحان می‌داد:

«مادامی که مطالعه می‌کنید در امتحان موفق می‌شوید. صرف نظر از این که چطور امتحان می‌دهید، باز فرد ارزشمندی هستید و می‌توانید با خودتان خوب رفتار کنید». از جان خواسته شد تا خودش را در حال کنار آمدن با موقعیت امتحانی تصور نموده و تصور کند که دارد به طور شایسته با امتحان برخورد می‌کند و به آن پاسخ می‌دهد. شیوه مشابه‌ای برای مطالعه کردن به کار برده شد. بعد از به کارگیری شیوه تلقین هیپنوتیسمی، جان مهارت‌های مطالعه را یاد گرفت. از او خواسته شد تا با

به کارگیری تکنیکهایی از قبیل بازیابی ذهنی حقایق مهم، توزیع وقت مطالعه‌اش، استفاده از برنامه و یادداشت‌برداری و غیره، خودش را در این‌گونه موقعیتها تصور کند. هم‌چنین برای او در مورد مطالعه کردن و بهبود تمرکز، تلقیناتی به شرح ذیل داده شدند.

دارید خوب یاد می‌گیرید که چطور تمرکز کنید. توانایی شما در وارد شدن به هیپنوتیسم، مؤید این مطلب است و به دلیل این که در مورد امتحانات، دارید تن‌آرامی بیشتری احساس می‌کنید قادر خواهید بود اطلاعات زیادی را کسب کنید. دارید بیشتر می‌آموزید چرا که می‌دانید چطور باید مطالعه کنید و دارید درک می‌کنید که هیچکس نمی‌تواند هر آن‌چه را که خوانده است، همه را به خاطر بیاورد. حتی اگر بعضی از اطلاعات مهم را هم فراموش کنید می‌توانید پیشرفت خوبی داشته باشید.

بعد از پنج جلسه هیپنوتیسم، موقع مطالعه و امتحان دادن؛ او اضطراب کمتری را گزارش نمود. کلیه امتحانات خود را با موفقیت پشت سر گذاشته و معدل ۲/۲ گرفت که در مقایسه با نمره قبلی او که معدل ۱/۷ بود نسبتاً خوب به نظر می‌رسید. جان توانست این نمره‌ها را در امتحانات ترم بعدی حفظ کند.

## مورد II

پُل دی<sup>۱</sup> در صدد درمان حملات وحشتزدگی<sup>۲</sup> خود بود. ابتدا، او رفتار درمانی را برای خود درخواست کرد که آن چیزی بود که درمانگر (ویلیام گلدن) آن را در درمان یکی از دوستان پُل به کار برده بود.

پُل کاملاً از دادن هرگونه اطلاعاتی در مورد شروع حملات وحشتزدگی و یا آنچه که آن حملات را تشدید می‌کرد، ناتوان بود. اما توانست به وسیله خودبازبینی، حملات وحشتزدگی را که در پاسخ به جلوه‌های اضطراب از قبیل ضربان شدید قلب، عرق کردن،



احساس گرمی آدرنالین<sup>۱</sup>، سردرد و شکم درد رخ می‌داد، دقیقاً روشن سازد. او همچنین توانست تا افکار منفی خود را در این زمینه از قبیل «نمی‌توانم این احساسات را تحمل کنم» و اگر این احساسات از بین نروند، درمانده و اختیار را از دست خواهم داد، روشن و شناسایی کند.

از آن جایی که جستجوی نشانه‌های خارجی با شکست روبرو می‌شد بنابراین نشانه‌های داخلی فوق‌الذکر به عنوان مواردی برای درمان حساسیت‌زدایی به کار گرفته شدند. به عنوان بخشی از شیوه حساسیت‌زدایی، پُل، تن آرام شد و از او خواسته شد تا تجربه هر یک از احساساتی را که از آنها می‌ترسید تصور نماید. به او یاد داده شد که چطور اضطراب‌اش را با استفاده از شیوه‌های تن آرامی و افکار مثبت از قبیل «می‌توانم با اضطراب مقابله کنم» کاهش دهد. این احساسات ناخوشایند هستند اما خطرناک نیستند «مجبور نیستم اضطراب را کاملاً برطرف کنم بلکه آن را تا حد قابل تحملی کاهش می‌دهم تا برطرف گردد». به او یاد داده شد تا این تکنیکها را هر وقت که احساس اضطراب می‌نمود تمرین کند. پُل در سایه به کارگیری این شیوه‌ها، کاهش اضطراب را گزارش نمود، اما بعد از جلسه دهم، پُل تقاضای هیپنوتیسم کرد. او در تلویزیون برنامه‌ای را دیده بود که در آن درمانگری بازگشت سنی هیپنوتیسمی را برای تخفیف نشانه‌های بیماریش به کار می‌گرفت. پُل نیز عقیده داشت که او هم خاطرات واپس‌زده‌ای دارد که صرفاً به وسیله بازگشت هیپنوتیسمی می‌تواند دوباره، فرا خوانده شده و تا زمانی که آن خاطرات شناخته نشوند درمان او ممکن نخواهد بود.

ابتدا، درمانگر، پُل را به ادامه حساسیت‌زدایی تشویق کرد چرا که داشت پیشرفت، می‌نمود. اما در جلسه بعدی، پُل تأکید کرد که وضعیتش دارد بدتر می‌شود و این که درمان صحیح اجرا نمی‌شود، زیرا به عقیده پُل این بازگشت هیپنوتیسمی بود. در این موقع، درمانگر دریافت که بهتر است به مقاومت او پیوندد.

تلقین هیپنوتیسمی براحتی به وسیله شناوری دست به انجام رسید. پُل، آزمودنی هیپنوتیسمی خوبی بوده و گسستگی همزمان از دستش را که داشت به وسیله تلقینات

بی حسی، بی حس می شد، تجربه کرد. در طول اولین جلسه هیپنوتیسمی به او یاد داده شد که چطور خود هیپنوتیسم را به وسیله همان تکنیک شناوری دست به خودش القاء کند.

در طول دومین و آخرین جلسه هیپنوتیسمی پُل بود که بازگشت هیپنوتیسمی در مورد او به کار رفت و تدریجاً او را به شروع حملات وحشتزدگی کشاند. به وسیله تکنیک یادآوری خاطره (گلدن ۱۹۸۶)؛ هیپنوتیسم به کار رفت. به وسیله این تکنیک، هیپنوتیسم به او القاء شد و از او خواسته شد تا آنچه را که در طول تجربه قبلی هیپنوتیسم احساس می کرده، به خاطر بیاورد. این تکنیک برای آماده سازی درمانجو برای بازگشت هیپنوتیسمی، مطلوب بود چرا که خود تمرینی در جهت تجربه مجدد گذشته بود. گفتگوی زیر بین پُل و درمانگر صورت گرفت (که بخشی از آن از گلدن ۱۹۸۶ مجدداً چاپ شده است):

«آیا آن چه را که موقع تجربه هیپنوتیسم در هفته گذشته احساس کردید الان به خاطر می آورید؟»

«بله، دستهایم شروع کردند به احساس سبکی نمودن بعد از این که تصور کردم بالون هلیوم زیر دستهایم قرار گرفته اند.»

«در این حالت، وقتی پُل شناوری دست را تجربه کرد، دستهایش را دقیقاً به همان حالتی که هفته گذشته انجام داده بود، دراز کرد. دستهایش را راست کرده و اندکی بالای رانهایش نگه داشت و درمانگر به پرسیدن سؤال ادامه داد: و چه چیز دیگری تجربه کردید؟»

«او پاسخ داد: که دستهایم شروع به بی حسی کردند.»

«پُل، قبلاً پاسخدهی زیادی نسبت به این شیوه از خود نشان داده بود. دستهای او موقع ادامه گفتگو، راست و کشیده باقی ماند. به نظر می رسید که پُل در نتیجه یادآوری تجربه قبلی خود، شناوری دست را دارد تجربه می کند. درمانگر، پاسخدهی زیاد او را به سؤالات به عنوان نشانه پاسخدهی پُل به تلقینات مستقیم برای تجربه مجدد گذشته، تلقی کرد.»

وقتی آن احساسات را تجربه کردید بعد هم می توانید به وسیله یادآوری، آنها را

احساس کنید. اما کاری که نهایتاً باید بکنید این است که چشمانان را بسته و به ذهنتان برگردید و زمانی را تصور کنید که بالونهای هلیوم زیر دستهایتان بودند ... و باعث می شدند که دستهایتان سبک شوند و ... حالا چه احساسی دارید؟»

«مجدداً آن حالت را احساس می کنم. دستهایم احساس سبکی می کنند و دارند بی حس می شوند و به نظر می رسد که به بدنم متصل نیستند».

«بسیار خوب»، درمانگر، پاسخدهی درمانجو را تقویت کرد. «حالا می توانید خودتان را شل و بی حس کنید و بگذارید در صندلی تان به خلسه عمیق هیپنوتیسمی فرو برود و ...

«هر وقت بخواهید به خلسه بروید، نهایت کاری که باید بکنید این است که آنچه را که شبیه خلسه رفتن است به خاطر بیاورید تا مجدداً همان احساسات و ادراکاتی را که موقع رفتن به خلسه عمیق احساس می کردید، تجربه نمایید و ...

و در این خلسه، ذهن تان خیلی روشن است و می توانید چیزهای زیادی را بطور وضوح به خاطر بیاورید مثلاً همین امروز صبح را که در خانه بودید می توانید قبل از ترک خانه به خاطر بیاورید ... کجا هستید؟»

«او به آرامی پاسخ داد: در آشپزخانه هستم. در پشت میز و دارم صبحانه می خورم».

«چه می خورید؟»

«دارم مقداری نان برشته<sup>۱</sup>، و آب پرتقال می خورم».

«وقتی که الگوی مربوط به واداشتن پل به توصیف گذشته که گویی در واقع دارد آنها را تجربه می کند به کار گرفته شد از او خواسته شد تا هرچه بیشتر از لحاظ زمانی جلو برود به یک هفته جلوتر - یک ماه و بالاخره یک سال و نزدیکتر به زمانی که علائم و نشانه های او شروع شده بود. وقتی درمانگر فهمید که پُل به آن نقطه نزدیک شده به او چنین تلقین کرد: همانطور که قبلاً می دانید، قادر هستید چیزهایی را موقع خلسه بیاد بیاورید که واپس زده شده اند. خاطرات، حوادث و احساساتی را

که با مشکل شما در ارتباط هستند ... اکنون درباره آنها می‌توانید برایم صحبت کنید ... وقتی آنها را دارید به خاطر می‌آورید.

پُل گزارش کرد که نشانه‌های او بعد از استعمال ال. اس. دی<sup>۱</sup> شروع شد که او احساس کرد کنترل خود را از دست داده و در حالت وحشتزدگی قرار گرفته است. بنابراین مطالب زیر به او تلقین شد:

«حالا پُل، در خواب هیپنوتیسمی هستید و می‌توانید احساسات و ادراکاتی را که موقع استعمال ال. اس. دی داشتید، مجدداً تجربه کنید. و اکنون می‌توانید اطمینان حاصل کنید که می‌توانید به ترس از آن احساسات و ادراکات غلبه کنید ... الان دارید به استعمال ال. اس. دی برمی‌گردید، هرچه را که دارید در آن هنگام احساس می‌کنید به خاطر می‌آورید و یا به خاطر آوردن آنها مجدداً آنها را تجربه می‌کنید».

پُل در پاسخ به این تلقینات، این توهم را بیان نمود که دستهایش ناپدید شده و بدنش از لحاظ شکل و اندازه تغییر یافته است. ابتدا، اضطراب شدیدی را احساس نمود. اما با در معرض قرار گرفتن طولانی (تقریباً ۲۵ دقیقه) توانست در واقع بدون احساس اضطراب این موضوع را تجربه کند.

بعد، پُل یاد گرفت که چگونه می‌تواند کنترل هیپنوتیسمی روی تحریفات ادراکی و حسی داشته باشد. به او تلقین شد که تجارب توهمی او خاتمه یافته است. آنها یکبار دیگر به وسیله همان تلقین طوری تکرار شدند که آنها را با یادآوری احساسات و ادراکاتی که پُل در استعمال ال. اس. دی تجربه نموده بود، مجدداً تجربه کند. این شیوه تکرار شد تا این که تحریفات حسی و ادراکی توانستند به طور اطمینان بخش برطرف گردند.

بالاخره، پُل یاد گرفت تا تحریفات حسی و ادراکی را به وسیله خودهیپنوتیسم رفع نماید. وقتی نشان داد که می‌تواند روی تجارب توهم‌زا و نشانه‌های اضطراب‌زا کنترل داشته باشد، جلسه، خاتمه یافت. در جلسه بعدی، پُل گزارش کرد که نشانه‌های او برطرف شده‌اند، یک سال بعد معلوم شد که از دست نشانه‌های

بیماری‌هایی یافته است.

### مورد III

جورج<sup>۱</sup> به دلیل بی‌خوابی به درمانگر مراجعه کرد و مخصوصاً تقاضا کرد هیپنوتیسم شود. اظهار داشت که راه‌های دیگر را امتحان کرده و این که هیپنوتیسم آخرین امید او می‌باشد. او گفت که در چهار ماه گذشته به سختی توانسته به خواب برود و تأکید می‌کرد که شب‌ها اکثراً بیدار می‌مانده است.

درمانگر (توماس داوود) فوراً متوجه شد که جورج تقریباً با هر چیزی که او می‌گفت مخالفت می‌کند و چون فهمید که درمانجوی مقاوم می‌باشد، احساس کرد که در بکارگیری هیپنوتیسم شکست می‌خورد اما برای کاهش مقاومت درمانجو، موافقت کرد تا آن را امتحان کند. درمانگر با استفاده از روش تن‌آرامی، خلسه را به وجود آورده و به عنوان تکنیک عمیق‌کننده روش پایین آمدن از پله‌ها را به کار برد. گرچه وقتی از درمانجو خواسته می‌شد، چشمانش را می‌بست اما هیچ‌کدام از نشانه‌های دیگر خلسه را از قبیل حرکت و لرزش مژه‌ها و فقدان انعکاس بلع از خود نشان نداد. بعدها اظهار داشت که واقعاً هیپنوتیسم نشده بود چرا که مدعی بود هر آن‌چه را که درمانگر گفته بود به خاطر می‌آورد. این اظهار معمولاً مال کسانی است که در مقابل هیپنوتیسم مقاومت می‌کنند.

در این مرحله، درمانگر به جورج دستور داد تا به طور عمدی شب‌ها تا هفته آینده بیدار بماند تا هرچه بیشتر دربارهٔ بی‌خوابی چیزهایی یاد بگیرد. هفته بعد، جورج اظهار داشت که دو شب اول، کلاً نتوانسته بود که بخوابد و فکر می‌کرد که مشکل‌اش حل شده است. اما بقیه شب‌ها، کلاً نتوانسته بود بخوابد و از به کارگیری مجدد تکنیک مورد نظر هم امتناع کرده بود.

درمانگر مجدداً به مقاومت درمانجو پیوسته و با جورج موافقت کرد که راهبرد آزمایش بیدار ماندن، وسیله مناسبی برای او نبوده است. آنها بحث و بررسی کردند که چطور جورج سخت‌کوشش می‌کرده تا اغلب دستورات را مثل به خواب رفتن به انجام

برساند. به اعتراضاتی که به وسیله درمانجو به عمل آمد، چنین پاسخ داده می‌شد که این اعتراضات، مثالهایی از «کوشا بودن» او هستند. بعد، درمانگر به او می‌گفت که سعی می‌کند او را مجدداً هیپنوتیسم کند اما این دفعه امکان ندارد که این تلاش موفقیت‌آمیز نباشد چرا که او تلاش زیاد می‌کند تا هیپنوتیسم شود. این شیوه، مثالی است از راهبرد مبتنی بر دفاع که به منع تغییر معروف است. به درمانجو گفته شد که اگر سعی هم نمی‌کرد که هیپنوتیسم بشود می‌توانست هیپنوتیسم گردد، بنابراین، با این کار او را در محضورات شک و تردید قرار می‌داد. این دفعه، هیپنوتیسم با استفاده از تکنیک تلقین تن‌آرامی بسیار موفقیت‌آمیز بود. شیوه هیپنوتیسمی به کار رفت تا ماهیت تردیدآمیز اضطراب و بیخوابی را مورد تأکید قرار دهد یعنی هر قدر شخص در مورد به خواب نرفتن خود، مضطرب شود، احتمال کمتری وجود دارد که به خواب برود. این شیوه به شرح ذیل ادامه یافت:

«وقتی دارید هرچه بیشتر تن‌آرام می‌شوید، بدون تلاش و انجام دادن کاری قادر خواهید بود تا ببینید که چطور اضطرابتان در مورد به خواب رفتن‌تان دارد هرچه بیشتر شما را از بخواب رفتن باز می‌دارد. وقتی این تلاش را متوقف کنید در خواهید یافت که به خواب رفتن آسان است. هر قدر کمتر سعی کنید، بیشتر موفق خواهید شد اما هر قدر بیشتر تلاش کنید، کمتر موفق خواهید شد.»

درمانگر، هم‌چنین متوجه شد که جورج به طور مداوم خودش را کوچک می‌شمرد است به عنوان مثال خودش را ترسو به حساب می‌آورد، به نظر می‌رسید این شیوه نیز تکنیکی برای پایین آوردن ارزش خود برای جلب نظر دیگران و مثبت نگریستن آنها به او بوده است. با استفاده از راهبرد تناقضی موضع‌یابی (داود و میلن ۱۹۸۶) درمانگر، چند دقیقه‌ای را با جورج در حال بحث در مورد این که ترس وی از کدام نوع بوده، گذراند. درمانگر خواست مشخص سازد که آیا جورج ترسش موقتی است یا دائمی و طرد و خوارکننده. راهبرد مذکور، این اعتراض را از جورج بیرون کشید که «من آنقدرها هم بد نیستم» و این تصدیق کنایه‌آمیز تبدیل به یک نوع شوخی شد. هفته بعد، جورج گزارش کرد که تمام شب را به خواب رفته و هر وقت مضطرب می‌شده به خودش تکرار می‌کرده که «سعی نکن» و بعد خواب می‌رفته است.

### خلاصه<sup>۱</sup>

این سه مورد نشان می‌دهد که چطور در هیپنوتیسم درمانی می‌توان به مقاومت غلبه نمود. در مورد اول، مقاومت پیش‌بینی می‌شد و قبل از فرصت ظهور، خنثی می‌شد. برای رفتن به خلسه، به جان تلقینات مستقیم داده نشد زیرا که درمانگران دیگری که سعی کرده بودند او را از آن طریق هیپنوتیسم کنند همگی شکست خورده بودند. در عوض، درمانگر، مقاومت درمانجو را با موافقت کردن با این موضوع که نمی‌تواند او را هیپنوتیسم کند، پیش‌بینی کرد. با نمایش دادن شیوه خود هیپنوتیسم، درمانگر توانست بطور غیرمستقیم، تلقیناتی را برای خلسه و آرمیدگی به او بدهد.

در مورد دوم، با استفاده از بازگشت سنی که درمانجو تقاضا کرده بود، درمانگر به مقاومت درمانجو پیوست. پُل، بهبودی خود را به کسب بینش به وسیله بازگشت سنی هیپنوتیسمی نسبت می‌داد، در صورتی که درمانگر، بازگشت سنی را به عنوان شیوه‌ای بکار برد که فرصتی را برای پُل فراهم می‌آورد تا یاد بگیرد که چگونه احساسات و ادراکاتی را که باعث ترس او می‌شدند، کنترل نماید. به رغم فقدان مفهوم‌سازی مشابه بین مشکل و درمان، پُل و درمانگر، توانستند خوب با هم کار کنند. به این موضوع معتقدیم که باید درمانگر، خواسته‌ها و عقاید درمانجو را در مورد این که چطور مورد درمان قرار گیرد. به کار برده و آنها را محترم شمارد.

در مورد سوم، درمانگر با موافقت نمودن با درمانجو در مورد اعتراضات او نسبت به راهبردهای درمان به مقاومت درمانجو غلبه نمود. او همچنین موقعیت هیپنوتیسمی برای درمانجو بوجود آورد تا مجبور باشد اقداماتی را در مورد غلبه بر مشکل به منظور وارد شدن به خلسه، به عمل آورد. از مقاومت درمانجو نیز به این شکل استفاده شد که درمانگر در مورد ترسو بودن پُل<sup>۲</sup> موافقت کرد که او را مجبور می‌ساخت تا راهبرد مختلفی را برای کسب نظرات مثبت، اتخاذ نماید.

## فصل هشتم

### آموزش خود هیپنوتیسم

اگرچه دگرهیپنوتیسم توسط هیپنوتیزور صورت می‌گیرد، خودهیپنوتیسم به وسیلهٔ سوژه صورت خواهد گرفت. بعضی از محققین به تمایزات بین خودهیپنوتیسم و دگرهیپنوتیسم و بعضی‌ها به تشابهات بین این دو تأکید کرده‌اند. به عنوان مثال فروم و دیگران<sup>۱</sup> (۱۹۸۱) مدعی بودند که تصویرسازی ذهنی در خودهیپنوتیسم بیشتر است، گرچه توجه شخص در خودهیپنوتیسم کمتر از دگرهیپنوتیسم متمرکز می‌گردد. آنها همچنین در پژوهش خود دریافتند، تلاشهایی که توسط دگرهیپنوتیسم برای ایجاد بازگشت سنی و توهمات صورت می‌گرفتند، کمتر موفقیت‌آمیز بودند. از طرف دیگر، راج<sup>۲</sup> (۱۹۷۵) دریافت که به وسیلهٔ خودهیپنوتیسم سوژه‌ها پاسخدهی مطلوبی به تلقینات داشتند. در مطالعهٔ دیگر جانسون و ویت<sup>۳</sup> (۱۹۷۶) صرفاً تفاوت‌های اندکی بین دگرهیپنوتیسم و خودهیپنوتیسم گزارش کردند.

### الگوی رفتاری - شناختی خودهیپنوتیسم<sup>۴</sup>

اغلب هیپنوتیسم درمانگران رفتاری شناختی (۱۹۸۱، ۱۹۸۲، ۱۹۸۵، ایلس،

1. Fromm et al

2. Ruch

3. Johnson and Weight

4. Cognitive - behavioral



۱۹۶۲، گلدن ۱۹۸۲) تشابهات بین دگرهیپنوتیسم و خودهیپنوتیسم را مورد تأکید قرار داده‌اند. از دیدگاه رفتاری - شناختی، تمایز بین خودهیپنوتیسم و دگرهیپنوتیسم صرفاً در توصیف کردن این که چه کسی فرآیند را شروع می‌کند - هیپنوتیزور یا آزمودنی - مفید می‌باشد.

باربر<sup>۱</sup> و دیگران (بار بر، ۱۹۷۹؛ باربر، ۱۹۷۴؛ اسپانوس و باربر ۱۹۷۶) اظهار داشته‌اند که کلیه پدیده‌های هیپنوتیسمی، نتیجه فرآیندهای یکسان، یعنی نتیجه همکاری و انگیزه شخصی، نگرشها و انتظارات و میزان جذب تلقینات مرتبط با تفکر و تخیل فرد می‌باشند. درمانگران رفتاری - شناختی (باربر ۱۹۷۹ و الیس ۱۹۶۲) هم در خودهیپنوتیسم و هم در دگرهیپنوتیسم، دیدگاه شخص را مسؤول نهایی پیامدها در نظر می‌گیرند. الیس (۱۹۶۲) اظهار داشته است که تقریباً کل هیپنوتیسم نتیجه خودگفتاری<sup>۲</sup> است. علاوه بر این، الیس (۱۹۶۲) و آراؤز (۸۵ - ۸۲ - ۱۹۸۱) گفته‌اند که درد روان‌رنجوری زائیده نوعی خودهیپنوتیسم منفی و نامعقول می‌باشد. هیجانات ناسازگار و رفتار متناقض از لحاظ ماهیت، هیپنوتیسمی، هستند، از این نظر که از قبول غیرانتقادی خودتلقینات منفی شخص، نشأت می‌گیرند. به عنوان مثال، خودتلقیناتی نظیر «من شکست خوردم بنابراین بی‌ارزش هستم» منجر به افسردگی می‌شوند. بیاناتی از قبیل «برای کاهش وزن بسیار ضعیف هستم، همیشه چاق باقی خواهم ماند» خودتلقینات منفی هستند که شخص را از کاهش وزن باز می‌دارند. در هیپنوتیسم درمانی رفتاری شناختی درمانجو یاد می‌گیرد تا این خودتلقینات منفی را با خودتلقینات مثبت‌تر، منطقی و سازنده از قبیل «هنوز هم می‌توانم خودم را به رغم شکست قبول کنم» و «می‌توانم وزن خود را کاهش دهم» «گاهگاهی این کار سخت خواهد بود اما می‌توانم انجام بدهم» جایگزین می‌کند.

## الگوی خودهیپنوتیسم اریکسونی

اریکسون خودهیپنوتیسم را دربرگیرنده همان پدیده اساسی که دگرهیپنوتیسم را

شامل می‌شد، در نظر می‌گرفت. اریکسون گزارش نمود که کشف خود هیپنوتیسم توسط او زمانی صورت گرفت که پسری بود که از بیماری فلج اطفال رنج می‌برد. در ابتدا کارکرد فکری - حرکتی را در طول اولین تلاش خود برای غلبه بر فلج، تجربه نمود. وقتی که او تنها به صندلی گهواره‌ای بسته شده بود، کشف کرد که می‌تواند صندلی را با فکر کردن به حرکت در بیاورد. بعد با یادآوری احساساتی که موقع به حرکت در آوردن صندلی احساس کرده بود، به خودش یاد داد تا کنترل ماهیچه‌ای داشته باشد. به عنوان مثال، برای این که مجدداً بتواند از دستهایش استفاده کند، ساعتها به هر یک از دستهایش خیره می‌شد و احساساتی را که موقع دست زدن به اشیاء تجربه کرده بود یادآوری می‌کرد. تدریجاً توسط شیوه‌های فکری<sup>۱</sup> - حرکتی، توانست کنترل زیادی بر بدنش داشته باشد. اگرچه در هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی، به درمانجویان یاد داده می‌شود که چگونه خودشان را توسط شیوه‌های خودکنترلی<sup>۲</sup> خاص، هیپنوتیسم کنند، اما اریکسون و پیروانش یادگیری ناخودآگاه<sup>۳</sup> را ترجیح می‌دهند. به جای این که به درمانجویان یاد داده شود که چگونه خود هیپنوتیسم را توسط تکنیکهای خاصی از قبیل تمرکز نمودن روی تصاویر و افکار تلقین‌آمیز ایجاد نمایند؛ اریکسون، رویکرد تجربی و غیر ساختاری را توصیه کرده است. طبق دیدگاه اریکسون، در نتیجه تجربه کردن پدیده هیپنوتیسمی یا به توسط کمک هیپنوتیزور و یا از طریق خودیابی<sup>۴</sup>؛ شخص، کلیه تجارب آموخته شده را برای بازآفرینی پدیده برای خودش، لازم خواهد یافت. اما نه اریکسون و نه هیچ‌یک از پیروانش به طور روشن مشخص نکرده‌اند که چگونه یادگیری تجربی ناخودآگاه، صورت می‌گیرد. البته آنها به تجارب روزمره از قبیل یادگیری راه رفتن و یا دوچرخه سواری کردن اشاراتی می‌کنند که در آنها یادگیری تجربی ناخودآگاه رخ می‌دهد. آنها مدعی هستند،

1. Idiomotor

2. Self - Control Procedures

3. Unconscious

(ضمیر ناخودآگاه هر فرد مرکز هیجانات و عواطف وی به شمار می‌رود که روح خلاقه او از آن کانون زاده می‌شود. هر فکری که به سر راه می‌دهیم

معمولاً در قسمت ضمیر ناخودآگاه جای می‌گیرد و مالا به تبع از پندارها و اندیشه‌ها این قسمت ساخته و بارور می‌شود.)

4. Self - discovery

دانستن این که چه طور این یادگیری صورت می گیرد مهم نیست؛ تنها باید اعتماد داشته باشیم که ضمیر ناخودآگاه چیزهای زیادی را می داند و می تواند چیزهای زیادتیر از آن را که می دانیم به ما یاد دهد.

## ترکیب رویکرد اریکسونی و رویکردهای رفتاری - شناختی در خودهیپنوتیسم

هر یک از این رویکردها مزایا و معایبی دارند و رویکرد رفتاری - شناختی این مزیت را دارد که به درمانجویان و متخصصین بالینی، خط مشی هائی را ارائه می کند و از لحاظ عملی، خودهیپنوتیسمی را بر حسب تعدادی مراحل، طوری تعریف می کند که جنبه اسرارآمیز آن برطرف شده و برای درمانجویان آسانتر می شود تا این پدیده را که قبلاً فکر می کردند هرگز نمی توانند در اختیار داشته باشند، مجدداً به کار گیرند. تحت این شرایط، اسنادهای درونی نیز برای ایجاد تغییر؛ با احتمال بیشتر به نتیجه می رسند. چنین اسنادهای درونی بر خلاف اسنادهای بیرونی یک درمانگر، یک دارو و یا «قدرت هیپنوتیسم، احتمال ایجاد نتایج درمانی پایدار را دارند.

از طرف دیگر بعضی از درمانجویان، رویکرد مهارت آموزی<sup>۱</sup> را در خودهیپنوتیسم برای خود بسیار مکانیکی و ساختاری می یابند. حتی بعضی از درمانجویان نسبت به رفع اسرارآمیز بودن خودهیپنوتیسم اعتراض می کنند، چرا که انتظار دارند و از هیپنوتیسم می خواهند که پررمز و راز باشد. این گونه درمانجویان اغلب در مقابل رویکردهای معمولی و منطقی مقاومت می کنند. چند مثال از این موارد را می توان در فصل مربوط به مقاومت ملاحظه کرد. همان طوری که در بحث مقاومت متوجه شدید، بسیار اهمیت دارد تا متخصص بالینی نسبت به توقعات درمانجویان؛ انعطاف پذیر و حساس بوده و آنها را هر وقت که ممکن باشد، به کار گیرد. نقطه قوت رویکرد اریکسونی در توانایی و انعطاف پذیری آن در پرداختن به بخش گسترده ای از تفاوت های فردی است. اما تصمیم در مورد این که چه رویکردی استفاده شود، بسته به درمانجو است. درمانجویانی که روشها

و توضیحات علمی، منطقی و ساختاری را ترجیح می‌دهند، با رویکردهای رفتاری - شناختی بهتر درمان می‌شوند. آنهایی که در مقابل ساختار و دستور مقاومت می‌کنند و آنهایی که مجذوب ناخودآگاه می‌شوند به نظر می‌رسد با رویکرد اریکسونی؛ بهتر درمان شوند.

در کار عملی، مکرراً عناصری از رویکردهای اریکسونی و رویکردهای رفتاری - شناختی را در هم می‌آمیزیم. به عنوان مثال در یک برنامه آموزشی ساخت‌دار، به درمانجو یکسری مهارتها و تکنیکهای خودهیپنوتیسمی مختلف آموخته می‌شود. با این وجود، انتظارات و رجحانات درمانجو می‌توانند در توسعه یک برنامه شخصی به کار گرفته شوند. درمانجو برمی‌گزیند که کدام یک از روشهای مختلف را به کار خواهد برد. اصول اریکسونی همچنین می‌تواند در طول دگرهیپنوتیسم برای کشف این که چگونه درمانجو به انواع مختلف تلقینات پاسخ می‌دهد به کار برده شود. بعد از این که پاسخدهی درمانجو به تلقینات خاص مشخص شد هیپنوتیسم درمانگر در مقامی قرار می‌گیرد تا در این خصوص که چه روشها و تکنیکهایی به عنوان راهبردهای خودهیپنوتیسمی، مؤثر خواهد بود، توصیه‌هایی به درمانجو ارائه دهد. به عنوان مثال هیپنوتیزور می‌تواند از تلقینات باز پاسخ، به شرح زیر استفاده کند:

«وقتی که شخص، تن آرام می‌شود تجربه احساسات مختلفی که فرایند تن آرامی را همراهی می‌کند، ممکن می‌گردد بعضی از افراد، تغییراتی را در درجه حرارت بدن ... و یا وزن بدنشان ... متوجه می‌شوند، شما هم می‌توانید از واکنشی که ارائه می‌کنید باخبر شوید».

در چگونگی پاسخدهی افراد به این گونه تلقینات باز پاسخ، گوناگونی زیادی وجود دارد. بعضی از افراد، سبکی و یا سنگینی را تجربه می‌کنند، در حالی که بعضی دیگر، سردی یا گرمی را تجربه می‌نمایند و بعضی ترکیبی از این احساسات را تجربه می‌کنند. به رغم این تفاوت‌های فردی، معمولاً در چگونگی پاسخدهی افراد، توافق و هماهنگی وجود دارد. تلقینات باز پاسخ گرایشات پاسخدهی را فرا می‌خواند، چرا که استفاده از تلقینات باز پاسخ احتمال پاسخدهی افراد را با توجه به ویژگی‌شان افزایش می‌دهد. بعد از به کارگیری تلقینات باز پاسخ، برای ایجاد هیپنوتیسم، هیپنوتیزور می‌تواند از

درمانجو پرسد که چه چیزی را تجربه کرده است. زمانی که هیپنوتیزور به چگونگی پاسخدهی درمانجو به تلقینات باز پاسخ پی می‌برد، می‌تواند در طول تلقینات هیپنوتیسمی بعدی با درمانجو روراست باشد. بنابراین به عنوان مثال، اگر درمانجویی در مورد تن آرامی تمایل به تجربه سنگینی و یا گرمی در برابر یکسری تلقینات باز پاسخ داشته باشد، بنابراین، هیپنوتیزور می‌تواند با درمانجو روراست بوده و پیشنهاد بکند که در طول جلسه هیپنوتیسم بعدی، سنگینی و گرمی را تجربه کند. هیپنوتیزور همچنین می‌تواند این اطلاعات را برای تنظیم آموزش خودهیپنوتیسم جهت مناسب بودن با گرایشهای پاسخدهی بی‌همتای درمانجو، مورد استفاده قرار دهد. یادگیری در مورد گرایشهای پاسخدهی درمانجو درست شبیه یادگیری یک فرمول است. وقتی فرمول فراخواندن پدیده هیپنوتیسم در مورد درمانجوی مورد نظر، معلوم می‌شود، ایجاد هیپنوتیسم از طریق دگرهیپنوتیسم و یا تلقین خودهیپنوتیسم، بسیار قابل اعتماد و قابل پیش‌بینی می‌گردد.

### اهداف آموزش خودهیپنوتیسم

هدف مهم در درمان درمانجو؛ این است که، درمانجو در واقع بتواند درمانگر خودش باشد. مطلوب این است که درمانجو، درمان را با مهارتهای مقابله‌ای جدید و با خود کارآیی زیاد پایان بخشد. متأسفانه، بسیاری از هیپنوتیزورها در رسیدن به این هدف، درمانجویان را یاری نمی‌کنند. هیپنوتیسم می‌تواند به شکلی ارائه شود که به نظر سوژه‌ها تحت کنترل هیپنوتیزور بوده و به نظر برسد که چیزهایی را انجام دهند که هرگز به تنهایی قادر به انجام آن نمی‌شدند. که نتیجه آن افزایش وابستگی افراطی به هیپنوتیزور می‌باشد. وقتی درمانجویان نتایج موفقیت‌آمیز درمان را به عوامل خارجی از قبیل درمانگر، دارو و یا هیپنوتیسم نسبت می‌دهند به نظر می‌رسد که نتایج درمان، ثبات کمتری داشته باشد.

با این حال، هیپنوتیسم می‌تواند درمان مؤثری با نتایج درازمدت و پایدار باشد. درمانجویانی که از هیپنوتیسم درمانی استفاده می‌کنند، می‌توانند برای کسب اعتماد بیشتر نسبت به توانایی خود جهت در دست گرفتن اختیار زندگی‌شان، مورد کمک قرار

گیرند. به آنها می‌توان آموخت که چگونه نتایج حاصله از کمک درمانگر را تقویت نمایند. علاوه براین، به بسیاری از آنها می‌توان یاد داد که چگونه خودهیپنوتیسم را برای مشکلات تازه به کار ببرند، مشکلات جدیدی که می‌توانند بدون کمک درمانگر مورد درمان قرار گیرند. به طریق آموزش خودهیپنوتیسم است که هیپنوتیسم می‌تواند به شیوه خودگردانی تبدیل شود.

### آماده‌سازی درمانجویان برای آموزش خودهیپنوتیسم

در مورد این که آیا تجارب قبلی با دگرهیپنوتیسم با پیشرفت مهارت‌های خودهیپنوتیسم در تعارض می‌باشند یا نه، پاره‌ای مباحثات وجود دارد. راج<sup>۱</sup> (۱۹۷۵) دریافت که داشتن تجربه قبلی، در زمینه دگرهیپنوتیسم البته با پیشرفت آزمودنی در یادگیری خودهیپنوتیسم در تعارض می‌باشد. راج، آموزش سوزدها را در زمینه خودهیپنوتیسم قبل از دگرهیپنوتیسم توصیه می‌کرد. از طرف دیگر، جانسون و ویت (۱۹۷۶) دریافتند که داشتن تجارب قبلی در زمینه دگرهیپنوتیسم نمی‌تواند اثر منفی روی آموزش خودهیپنوتیسم داشته باشد. کلارک<sup>۲</sup> و جکسون<sup>۳</sup> (۱۹۸۳) براساس تجارب بالینی خود، مدعی شدند که دگرهیپنوتیسم، اثر تسریع‌کننده، روی خودهیپنوتیسم دارد. آنها توصیه نمودند که هیپنوتیزور قبل از آموزش آزمودنی در زمینه خودهیپنوتیسم، اول کار خود را با دگرهیپنوتیسم شروع نماید.

رویکرد دیگر این است که خودهیپنوتیسم را زمانی یاد بدهیم که فرد دارد درمانجویی را برای پاسخدهی به تلقینات دگرهیپنوتیسم، آموزش می‌دهد. در فصل دوم، رویکرد مهارت‌های هیپنوتیسم برای تعلیم پاسخدهی هیپنوتیسمی، به طور مختصر شرح داده شده است. فایده رویکرد مهارت‌های هیپنوتیسم این است که توسعه مهارت‌های خودهیپنوتیسمی و نیز پاسخدهی هیپنوتیسمی را به طور کلی سهولت می‌بخشد. به درمانجو یاد داده می‌شود که چگونه با متمرکز کردن توجه خود روی تصاویر و افکار

1. Ruch

2. Clarke

3. Jackson

مرتبط با تلقین، بعضی تصاویر و افکاری که با اهداف تلقین سازگاری دارند به تلقینات پاسخ دهند. توسط شماری تمرینات ساختار که در فصل دوم توضیح داده شد، ابتدا به درمانجو نشان داده می‌شود که چگونه به تلقینات بسیار ساده از قبیل آنهایی که برای سبکی دست و جمود عضلانی و یا سنگینی دست به کار می‌رود، پاسخ بدهد. و بعد قدم به قدم به درمانجو یاد داده می‌شود که چگونه تدریجاً به تلقینات مشکلتر پاسخ دهد و بالاخره درمانجو یاد می‌گیرد؛ چگونه تلقینات سازنده و فرمول‌بندی شده را ایجاد کرده و چگونه خودهیپنوتیسم را برای موقعیتهای مورد نظر به کار ببرد.

### روشن‌سازی برداشتهای نادرست مربوط به خودهیپنوتیسم

همان‌طوری که در فصل دوم، بحث شد، برداشتهای نادرست و ترسهای معینی در مورد هیپنوتیسم وجود دارند که می‌توانند با درمان در تعارض باشند. بعضی از این ترسها، مختص خودهیپنوتیسم بوده و علاوه بر برداشتهای نادرستی که در مورد هیپنوتیسم در فصل دوم بحث شد، در این جا نیز ذکر شده است.

### خودهیپنوتیسم خطرناک است

تصور نکنید که اگر درمانجویان فکر بکنند که دگرهیپنوتیسم خطرناک نیست، آنها همین فکر را در مورد خودهیپنوتیسم هم باید داشته باشند. بعضی از درمانجویان در مورد یادگیری خودهیپنوتیسم مردد هستند، چرا که می‌ترسند قادر نباشند تا خودشان را از آن حالت بیرون بیاورند. درمانجویان ممکن است ترس از دگرهیپنوتیسم نداشته باشند. چرا که احساس اطمینان می‌کنند که درمانگر برای خارج کردن آنها از حالت خلسه، حضور خواهد داشت.

این درمانجویان با توضیح این که، آنها قادر خواهند بود، بنا بر تقاضای خودشان به خلسه خاتمه داده شود، نسبت به دگرهیپنوتیسم اطمینان حاصل می‌کنند. در بدترین حالت ممکن است گاهی درمانجویان از حالت خلسه به خواب طبیعی بروند که در آن حالت هم از خواب بیدار خواهند شد. با وا داشتن درمانجویان برای تمرین و خاتمه دادن خودهیپنوتیسم در حضور درمانگر، قبل از این که به تنهایی در خانه تمرین کنند، به

درمانجویان می‌توان اطمینان بیشتری داد.

ترس دیگری که بعضی از درمانجویان دارند این است که آنها تلقینی از قبیل توهم به خودشان خواهند کرد، که اگر قبل از خاتمه جلسه، برطرف نشود مضر خواهد بود. همان‌طوری که سالتر<sup>۱</sup> (۱۹۴۱) مدتها قبل توصیه کرده، ضروری و یا صلاح نیست که به درمانجویان داده شود که چگونه بعضی از تجارب هیپنوتیسمی از قبیل توهمات را ایجاد نمایند. ما نیز توصیه می‌کنیم که در آموزش درمانجویان، در چگونگی القاء تغییرات حسی از قبیل بی‌هوشی، احتیاط به عمل آید، مگر این که روشن شود که درد آنها، علامت نوعی مشکل طبی تشخیص داده نشده، موجود نمی‌باشد.

### خودهیپنوتیسم نمی‌تواند توسط هر کسی مورد استفاده قرار گیرد

یکی دیگر از برداشتهای مشکل‌آفرین؛ این عقیده است که تنها بعضی از مردم، توانایی استفاده از خودهیپنوتیسم را دارند. این عقیده، سوء تصور ساده‌ای است که به آسانی با توجیه کردن درمانجو در مورد این که تقریباً هر کسی می‌تواند نحوه استفاده از خودهیپنوتیسم را حداقل تا بعضی درجات یاد بگیرد، می‌تواند حل و روشن گردد.

از طرف دیگر (مثل مورد باربارا) این عقیده که شخص توانایی خودهیپنوتیسم را ندارد می‌تواند علامتی از حس عمیق درماندگی و یا احساسی از بی‌لیاقتی باشد که تقریباً هر تلاشی را که درمانجو می‌کند تحت الشعاع قرار می‌دهد چنان فردی خود کارایی کمی دارد (بندورا ۱۹۷۷). در مورد باربارا گفته شد که او نوعاً تواناییهای خود را در کار، تفریح و موقعیتهای اجتماعی ناچیز می‌شمرد. او پیشگویی کامبخش<sup>۲</sup> را به وجود می‌آورد که توسط آن در حقیقت شکست می‌خورد، نه به دلیل بی‌لیاقتی بلکه به دلیل این که بخاطر ترس از شکست؛ از این‌گونه موقعیتهای اجتناب می‌کرد.

بعد از این که در تشخیص الگوی متناقض به باربارا کمک شد، او قبول کرد که برای غلبه بر ترسهای خود، خطرجویی کند و بزودی معلوم شد که او بیشتر از حدی که خودش تصور می‌کرد، توانایی داشته است. به عنوان مثال درمانگر (ویلیام گلدن) کشف



کرد که باربارا واقعاً می دانست که چگونه مکالمات را شروع و حفظ نماید، اما می ترسید که مبادا اشتباه کند. تدریجاً باربارا تشویق شد تا خودش را هرچه بیشتر در موقعیتهایی که از آنها اجتناب می کرد، قرار دهد. علاوه بر این، سعی شد که توسط حساسیت زدایی هیپنوتیسمی، اضطراب او کاهش داده شود (فصل چهار را نگاه کنید). زمانی که باربارا در حالت تن آرامی بود به او یاد داده شد تا خودش را تدریجاً در حال مقابله با موقعیتهای اضطراب زا تصور نماید. اما حساسیت زدایی برای موقعیتهای واقعی زندگی تعمیم داده نمی شد. اگرچه می توانست با ترسهای خود روبرو شده و در حین کار و برخورد با مردم موفق باشد، اما هنوز کاملاً مضطرب بود. او اعتراف کرد که خود هیپنوتیسم را تمرین کرده و به کار نمی برده است. او همچنین آشکار ساخت که در استفاده از خود هیپنوتیسم، اعتقادی به توانایی خود ندارد و به همین خاطر برای رفع نگرانیها و اضطرابهای خود به دگر هیپنوتیسم وابسته بود. الگوی معمول درماندگی که از احساس بی لیاقتی نشأت می گرفت، برای او ذکر شد.

روش بازسازی شناختی نیز برای کمک کردن به باربارا برای غلبه به الگوی متناقض اش به کار برده شد. درمانگر پیشنهاد کرد، به جای این که به طور خودکار تصور کند که می تواند از خود هیپنوتیسم استفاده نماید، دریابد که آیا می توانست و یا می خواست که از خود هیپنوتیسم استفاده نماید یا نه. درمانگر توضیح داد که حتی اگر قادر به رسیدن به بعضی از اهداف؛ از قبیل یادگیری خود هیپنوتیسم و یا غلبه نمودن به مشکلات اجتماعی خود، نباشد، به این معنا نیست که شخص بی ارزش و بی لیاقتی بوده است. این تنها ثابت می کرد که انسانی است جایزالخطا، که کامل نیست. درمانگر اشاره کرد که بسیاری از اضطرابهای او ناشی از این عقیده می شد که هر چیزی را که انجام می داد آن را برای ارزیابی خود به کار می برد.

برای شکستن الگوی درماندگی اجتناب او، درمانگر از او خواست تا هیپنوتیسم را در حضور او به کار ببرد. بسیار تعجب آمیز بود که توانست موفق شود. او بعداً تمایل داشت تا خود هیپنوتیسم را بدون حضور درمانگر در اتاق، امتحان کند. مجدداً در این کار هم موفق شد و برای او تمرین خانگی، معین گردید. سرانجام، بعد از این که در تمرین خانگی هم موفق گردید، به او یاد داده شد تا مهارتهای خود هیپنوتیسم را در موقعیتهای

فراخوان اضطراب به کار برد. در نتیجه این رویکرد تدریجی و ساخت دار، سرانجام اضطرابها و احساسات درماندگی باربارا کاهش یافت.

### روشهای خود هیپنوتیسم

سالتر (۱۹۴۱) سه روش برای خود هیپنوتیسم به طور مختصر شرح داده است:

- ۱- روش پس هیپنوتیسمی<sup>۱</sup> ۲- به یاد سپاری متون خود هیپنوتیسمی<sup>۲</sup> و
- ۳- خود هیپنوتیسم جزئی<sup>۳</sup>. ما رویکرد آموزش مهارت های هیپنوتیسم را برای خود هیپنوتیسم به عنوان یک روش اضافی پیشنهاد می کنیم.

### روش پس هیپنوتیسمی

تلقین پس هیپنوتیسمی مرتبط با خود هیپنوتیسم، می تواند در طول دگر هیپنوتیسم داده شود. به درمانجو قبل از تلقین خلسه، گفته می شود، به او تلقین پس هیپنوتیسمی داده خواهد شد، تا بتواند با دریافت علامت مشخص به مرحله خود هیپنوتیسم دست یابد.

پیشاپیش ترتیب دادن این مسأله، را که چه علامتی داده خواهد شد، توصیه می کنیم. سالتر (۱۹۴۱) به عنوان نشانه پس هیپنوتیسمی، تلقینی را به کار برد که درمانجو هر وقت می خواست وارد هیپنوتیسم بشود، پنج بار نفس عمیق می کشید و در پنجمین نفس عمیق به خلسه عمیق فرو می رفت. یکی از مزایای استفاده از تنفس عمیق به عنوان یک نشانه، این است که فی نفسه روش تولید تن آرامی است. با این حال، هر عمل، تصویر و یا افکاری می تواند، به عنوان نشانه پس هیپنوتیسمی برای خود هیپنوتیسم به کار رود. به عنوان مثال، یکی از درمانجویان تمرکز کردن به رنگ آبی را به عنوان نشانه به کار برد. درمانجوی دیگری به عنوان نشانه خاطره خود را از صدای به هم خوردن ورقها در هنگام وزش باد به کار برد. وقتی که بچه بود پنجره اتاق خواب او در کنار طناب

1. Posthypnotic method

2. Memorization of self Hypnosis scripts

3. Fractional self Hypnosis

رختشویی قرار داشت. او خودش را با گوش دادن به صدای به هم خوردن ورقه‌ها در حین وزش باد، با لالایی به خواب می‌برد. به نظر می‌رسد اغلب درمانجویان کلمات واحدی را مثل «آرام»، «تن آرام»، ترجیح می‌دهند. زمانی کلمه «خواب» مشهور بود، حالا اغلب هیپنوتیزورها هر نوع ارتباط هیپنوتیسم با خواب را بی‌نتیجه می‌دانند. لازم است به درمانجویان اطمینان داده شود که اگر آنها و یا کس دیگری اتفاقاً کلمه نشانه را بگوید وارد حالت خلسه نخواهد شد. ترس آنها از خلسه‌های خودبه‌خود می‌تواند توسط یکسری از تلقینات پس‌هیپنوتیسمی مربوط به خودهیپنوتیسم که در زیر ارائه شده تخفیف داده شود:

«از این به بعد، هر وقت که بخواهید هیپنوتیسم را تجربه کنید شما با ۵ بار نفس عمیق و سریع و طولانی قادر به این کار خواهید بود. هر دفعه که بازدم می‌کنید، به آرامی بازدم خواهید کرد و روی کلمه «آرام» (و یا هر کلمه‌ای که انتخاب می‌کنید) تمرکز کنید و هر بار که بازدم می‌کنید تن آرامی بیشتری را احساس می‌کنید، تا این که با پنجمین بازدم، در حالت خلسه‌مانند و عمیق قرار خواهید گرفت، حالتی که قادر خواهید بود، تلقینات سازنده‌ای را به خودتان القاء کنید. تنها زمانی به این حالت وارد خواهید شد که بخواهید. بنابراین اگر شما و یا کسی کلمه «آرام» را بگوید و یا اگر به فکر آن بیفتد، به طور کامل بیدار و هشیار خواهید ماند. تنها زمانی که بخواهید وارد خلسه شوید، عمداً علامت خودتان را برای وارد شدن به هیپنوتیسم به کار ببرید و وقتی که بخواهید به بیداری و هشیاری کامل برگردید، نهایت کاری که باید بکنید این است که تا سه به‌شمارید و وقتی دارید می‌شمارید به خودتان تلقین کنید که دارید به حالت بیداری و هشیاری و تن آرامی برمی‌گردید.»

قبل از خاتمه خلسه، به درمانجو تلقین پس‌هیپنوتیسمی اضافی داده می‌شود که بعد از باز کردن چشمانش، توسط نشانه پس‌هیپنوتیسمی، خودهیپنوتیسم را تلقین کند. هیپنوتیزور بدین وسیله می‌تواند اولین تجربه درمانجو در مورد خودهیپنوتیسم را نظارت کند. علاوه بر این اجرای موفقیت‌آمیز تلقین پس‌هیپنوتیسم برای ایجاد خودهیپنوتیسم، باور درمانجو را در مورد توانایی هیپنوتیسم در ایجاد تغییر، تقویت می‌کند. اما تصور نکنید که چون درمانجویی برای تقویت خلسه به تلقین پس‌هیپنوتیسمی پاسخ می‌دهد،

بنابراین مجدداً قادر خواهد بود چنین کاری را بدون حضور درمانگر انجام دهد. در مورد باربارا او در ابتدا به نشانهٔ پس هیپنوتیسم پاسخ داد، اما قادر نشد آن را به تنهایی انجام دهد.

### نوشته‌هایی در مورد هیپنوتیسم

به درمانجویان نوشتارهایی در مورد هیپنوتیسم داده می‌شود تا بعد از تجربه کردن دگرهیپنوتیسم آنها را حفظ نمایند. افرادی وجود دارند که می‌توانند خودهیپنوتیسم را بدون تجربه کردن دگرهیپنوتیسم از طریق متون یاد بگیرند هر چند که بیشتر افرادی که در صدد هیپنوتیسم درمانی می‌باشند، برای درمان در جستجوی هدایت و راهنمایی هستند. آنها از هیپنوتیزور انتظار دارند تا بیشتر کار را انجام داده و اغلب در مقابل یادگیری خودهیپنوتیسم مقاومت می‌کنند. بنابراین، بسیار اهمیت دارد که هیپنوتیزور آنها را با دقت زیاد هدایت نماید. استفاده از ضبط صوت در انتقال آرام درمانجویان از دگرهیپنوتیسم به خودهیپنوتیسم می‌تواند بسیار مفید باشد. نوارهایی که در طول جلسات درمان تهیه می‌شوند نسبت به نوارهایی که قبل از تلقینات هیپنوتیسمی ضبط شده‌اند، ارجحیت دارند، به خاطر این که نوارهای اولی می‌تواند مطابق انتظارات، رجحانات و همگامی‌های درمانجو تنظیم گردند. طول مدت نوار بستگی به درمانجو دارد. بعد از چندین بار تجربهٔ دگرهیپنوتیسمی معمولاً درمانجویان می‌دانند که چه مدت زمان لازم است تا راحت به حالت هیپنوتیسم دست یابند. همین مسأله نیز در مورد مدت زمانی که درمانجو باید صرف تمرین خودهیپنوتیسم بکند، نیز صادق است. اغلب درمانجویان به نظر می‌رسد ۵، ۱۰ و یا ۱۵ دقیقه را ترجیح می‌دهند، اما به موازات این که مهارت بیشتری را در نتیجهٔ تمرین به دست می‌آورند، مقدار زمان می‌تواند برای به دست آوردن نتایج یکسان، کاهش داده شود. بعد از اینکه درمانجویان موفقیت‌هایی را در مورد دگرهیپنوتیسم کسب نمودند، مطالب چاپ شده می‌توانند به درمانجویان داده شود، تا این که بتوانند نوارهای هیپنوتیسم را خودشان درست کنند. مطالب چاپ شده زیر به درمانجویان و شرکت‌کنندگان در جلسهٔ عملی خودهیپنوتیسم داده می‌شود.

### تکنیکهای تلقین هیپنوتیسمی

تکنیکهای تلقین هیپنوتیسمی مختلف زیادی وجود دارد. چهار نوع از این تکنیکها در اینجا به منظور خودهیپنوتیسم توضیح داده خواهد شد که عبارتند از: روش تن آرامی، تکنیک تثبیت چشم<sup>۱</sup>، روش شناوری دست و روش سنگینی است. آزمایش نموده و کشف کنیم که کدامیک از اینها برای شما مناسب است.

تمرین اول ( روش تن آرامی : تصویرسازی ذهنی، تکنیکهای تنفسی و تلقینات تن آرامی ممکن است، کلاً به عنوان بخشی از روش تن آرامی به کار برده شوند. تلقینی که متعاقباً داده می شود، به صورت اول شخص مفرد نوشته می شود، اما در به عبارت در آوردن تلقینات مربوط به خودهیپنوتیسم، ممکن است، خودتان را به جای شما یا من به کار ببرید. «من تن آرام هستم» و «شما تن آرام هستید» به طور یکسان مؤثر هستند. می توانید نسخه زیر را ضبط کنید و یا آن را حفظ کرده و یا اینکه به کس دیگری بدهید تا برایتان بخواند. ابتدا جای راحتی برای تمرین در اتاقی بدور از هرگونه حواس پرتی، پیدا کنید. می توانید دراز کشیده و یا بنشینید، چشمانتان را بسته و به دستورات زیر گوش دهید:

«چشمانم بسته است» برای شروع تن آرامی پنج نفس عمیق خواهم کشید. با شماره یک به آرامی و عمیق نفس می کشم و بعد به آرامی و به صورت عمیق نفس خودم را بیرون می دهم و وقتی بازدم می کنم در صندلی فرو می روم. با شماره دو، مجدداً ریه هایم را با هوا پر کرده و بعد بیرون می دهم و اجازه می دهم تا کلیه هوای داخل ریه هایم بیرون رفته و تنش را از خودم خارج می کنم. با شماره سه، نفس عمیق و آرام، طولانی کشیده و بیرون می دهم تن آرام می شوم. هر بار که نفس را بیرون می دهم، تن آرامی بیشتری احساس می کنم. با شماره چهار، کلاً نفس عمیق و آهسته و طولانی را می کشم و بعد نفسم را بیرون می دهم. ریه هایم را با هوا پر کرده و بعد به آرامی و عمیقاً بیرون می دهم. فقط تن آرام هستم. یکبار دیگر تنش را از خودم بیرون می کنم، با شماره پنج، نفس می کشم و ریه هایم با هوا پر شده و بعد به آرامی و به

صورت عمیق بیرون می‌دهم. از بیرون دادن هوای داخل ریه‌هایم احساس تسکین می‌کنم و احساس می‌کنم تن آرامی در سراسر بدنم پخش می‌شود.

و حالا نوبت صحنه نشاط‌آور و آرامبخش من است. اجازه می‌دهم، ذهنم در میان خیالپردازیهای نشاط‌آور غوطه بخورد. آن صحنه نشاط‌آور را می‌بینم، می‌شنوم، احساس می‌کنم و حتی اگر بتوانم مزه آن را احساس کنم. از کلیه حواس استفاده می‌کنم. به تصور کردن صحنه آرامبخش ادامه می‌دهم. اگر ذهنم منحرف بشود، اجازه می‌دهم به سمت خیالپردازیها و افکار نشاط‌آور دیگر منحرف شود.

احساس می‌کنم دارم تا اندازه زیادی تن آرام می‌شوم. کل بدنم دارد تن آرام می‌شود. دست و پاهایم در حال تن آرامی هستند. پا و انگشتان پاهایم در حال تن آرامی هستند. ساقها و رانها و زانوهایم دارند تن آرام می‌شوند. کلیه اعضای بدنم شل و تن آرام می‌شوند، چانه من دارد باز می‌ماند. دندانهایم تا حدی از هم جدا مانده‌اند. لبهایم تا حدی از هم جدا شده‌اند. عضلات صورتم دارند تن آرام می‌شوند. گردنم در حالت راحتی قرار گرفته و شانه‌ام شل و راحت است. پشت من شل شده ... عضلات سینه‌ام در حالت تن آرامی هستند. عضلات شکم نیز همچنین وقتی احساس می‌کنم تن آرامی در حال پخش شدن در سراسر بدنم است احساسات مطلوبی هم دارم. دارم هرچه بیشتر تن آرام می‌شوم. احساس می‌کنم، کل بدنم راحت و شل شده و پایین می‌آید. و تمامی عضلاتم تن آرام می‌شوند.

دست و پاهایم بیشتر تن آرام می‌شوند. عضلات صورتم تن آرام و صاف می‌شوند چانه‌ام دارد باز می‌ماند، گردنم در حال تن آرامی است و شانه‌هایم در وضع راحتی قرار می‌گیرند. پشتم شل و راحت است و سینه‌ام تن آرام می‌باشد، دارم به راحتی و به آرامی نفس می‌کشم، نفس کشیدنم؛ الگوی آهسته و عمیق و منظم دارد، هرگونه تنش باقی مانده را دارم از خودم دور می‌کنم حالا خلسه‌ام را هرچه بیشتر عمیقتر می‌کنم و به خودم تلقینات سازنده‌ای را می‌کنم. (به بخشهای مربوط به تکنیکهای عمیق‌کننده و استفاده از خلسه را نگاه کنید. می‌توانید این شیوه‌ها را در این مرحله قبل از پایان دادن به خلسه به کار ببرید) (مکث). ظرف چند دقیقه، بعد از تمام کردن تلقینات سازنده، چشمانم را باز خواهم کرد و احساس بیداری تن آرامی و

راحتی در جسم و روانم خواهم نمود.»

تمرین دوم ( تثبیت چشم : هدف از تثبیت چشم؛ ایجاد خلسه توسط به وجود آوردن احساس سنگینی در عضلات پلکهای چشم است. اگرچه ضروری نیست اما معمولاً بسته شدن نیز هدف است. می توانید دستورات زیر را ضبط کرده یا به شخصی بدهید که آنها را برای شما بخواند که سرانجام خواهید توانست، تثبیت چشم را به تنهایی برای وارد شدن به خلسه به کار ببرید. می توانید دستورات را با واژه های دیگری بیان کرده و آنها را به اول شخص مفرد تبدیل نمایید.

«به عنوان هدف با چیزی شبیه نقطه روی دیوار و یا سقف و یا شعله لرزان شمع و یا نور و یا انگشترتان را انتخاب کنید. به هدف خیره شوید. اگر چشمانتان طفره رفتند سعی کنید، آنها را معطوف هدف نمایید. خیره شدن به شیء را ادامه دهید تا این که چشمانتان خسته شوند. بعد بگذارید چشمانتان بسته شود، تا بتوانید شروع به تن آرامی کنید.

بسیاری از افراد در طول تثبیت چشم، خطاهای دیداری را گزارش می کنند. هدف؛ طوری به نظر می رسد که گویی متحرک می باشد و ممکن است رنگ خود را عوض کرده و ناپدید شود. ممکن است در میدان دید، تاری وجود داشته و هدف نیز به صورت تیره در آید. چشمهایتان احتمالاً آن چنان شروع به احساس خستگی و سنگینی خواهد کرد که احساس بسته شدن خواهند نمود و یا ممکن است احساس خواب آلودگی، خستگی نموده و به حالت تن آرامی ذهنی بروید. احساس کنید که دارید به تن آرامی می روید.

تنفس تان شروع به پایین آمدن خواهد کرد و تنفسی منظم، آهسته و عمیق خواهید داشت. بسیار خواب آلود و تن آرام می شوید. اما به خواب نمی روید، فقط احساس می کنید که تن آرامی دارد در سراسر بدنانتان هرچه بیشتر پخش می شود و بدنانتان دارد شل می شود احساس می کنید که آرمیدگی در بدنانتان پخش شده و بیشتر و بیشتر می شود. (حالا ممکن است خلسه را عمیقتر کنید، یکی یا چندین شیوه از بخش مربوط به تکنیکهای عمیق کننده را به کار ببرید.

اکنون به خود می توانید تلقینات سازنده ای را بکنید (به بخش مربوط به

فرمول‌بندی تلقینات سازنده نگاه کنید). (مکث) ظرف چند لحظه، بعد از این که به خود، تلقینات سازنده کردید، چشمهایتان را باز خواهید کرد و احساس تازگی، تن‌آرامی و بیداری خواهید نمود».

تمرین سوم) شناوری و سنگینی دست: شناوری و سنگینی دست ممکن است جداگانه و یا با همدیگر به کار برده شوند. وقتی که با هم مورد استفاده قرار می‌گیرند، هر دو دست را به طور موازی در جلوی خود نگه دارید. چشمهایتان را بسته و تلقین کنید که یکی از دستهایتان دارد سبک شده و بالا می‌رود و دیگری سنگینتر شده و پایین می‌آید. چیزی را تصور کنید که اگر واقعاً آن‌طور می‌شد باعث می‌گردید که یکی از دستهایتان سبک شود مثلاً فرض کنید که بالونی به دستتان چسبیده است. تصور کنید که چیز سنگینی را در دست نگه می‌دارید تا احساس سنگینی کنید. وقتی که پاسخ دریافت می‌کنید و دستتان در مقابل تلقینات سبکی، شناور می‌شود و یا این که در مقابل تلقینات سنگینی، پایین می‌آید، به خودتان تلقینات تن‌آرامی و یا خواب‌آلودگی داده و به خود بگوئید که «اکنون دارم وارد خلسه می‌شوم». با استفاده از یکی و یا دوتا از تکنیکهای بخش بعدی، حالت خلسه را عمیق کنید. بعد، قبل از پایان دادن به خلسه، به خود، تلقینات سازنده بکنید.

### تکنیکهای عمیق‌کننده

زمانی که خلسه هیپنوتیسمی را ایجاد کرده‌اید، ممکن است توسط تلقینات بیشتر اقدام به عمیق ساختن آن نمایید. تکنیکهای تلقینی نیز می‌توانند به عنوان تکنیکهای عمیق‌کننده به طور جایگزین به کار بروند. به عنوان مثال، اگر شناوری دست را به عنوان شیوه تلقین به کار می‌برید، می‌توانید روش تن‌آرامی را به عنوان تکنیک عمیق‌کننده به کار ببرید و یا برعکس و همچنین، شخص ممکن است خلسه را توسط تثبیت چشم ایجاد کرده و بعد آن را توسط تلقینات تن‌آرامی عمیق سازد.

چندین تکنیک عمیق‌کننده دیگر اکنون توضیح داده خواهد شد. آنهایی را که برای شما مؤثر بوده و استفاده از آنها را راحت احساس می‌کنید، به کار ببرید. منتظر شوید تا این که قبل از دادن تلقینات سازنده به خودتان، خلسه را عمیق نمایید.



تمرین چهارم) سنگینی: به خودتان تلقین کنید که قسمت‌های مختلف بدنتان شروع به احساس سنگینی می‌نماید. بعد احساس فرورفتگی را به خود، تلقین کنید. به عنوان مثال «بدنم چنان احساس سنگینی می‌کند، که احساس می‌کنم دارم در صندلی، عمیقتر و عمیقتر فرو می‌روم و هر قدر که در صندلی فرو می‌روم تن آرامی بیشتری احساس می‌کنم. احساس می‌کنم دارم خودم را به خلسه می‌برم». به خاطر داشته باشید تا قبل از پایان دادن به خلسه، تلقینات سنگینی را معکوس کنید به خودتان تلقین کنید که بدنتان احساس وزن معمولی خود را می‌کند و دیگر احساس سنگینی نمی‌کند.

تمرین پنجم) سبکی: می‌توانید به جای سنگینی، سبکی را به خودتان تلقین کنید. اما هر دو را به کار نبرید، چرا که یکی دیگر را نقض می‌کند. به خودتان تلقین کنید که هر قدر بدنتان سبکتر می‌شود، تن آرامی بیشتری را احساس می‌کنید. همچنین ممکن است تلقین کنید که بدنتان چنان احساس سبکی می‌کند که احساس می‌کنید گویی شناور هستید، زیرا در خلسه عمیق غوطه‌ور می‌شوید.

تمرین ششم) گرمی: وقتی که بیشتر تن آرام بشوید، دست و پاهایتان گرایش به گرمی پیدا می‌کنند. تمرکز نمودن به این پدیده می‌تواند اثر تن آرامی را زیاد کرده و آن را عمیق سازد. همچنین می‌توانید احساس گرمی را توسط تصویر ذهنی ایجاد کنید، مثلاً می‌توانید تصور کنید که در کنار بخاری هستید و گرمی آتش را که دست و پاهایتان را گرم می‌سازد احساس کنید.

تمرین هفتم) نفس کشیدن: بر تنفس خود تمرکز کنید به آرامی و عمیقاً نفس بکشید. با هر بار بازدم به خودتان تلقین کنید که دارید به حالت عمیق تن آرامی خلسه فرو می‌روید.

تمرین هشتم) شمارش: به آرامی تا یک عدد مشخص مثلاً از ده تا بیست بشمارید. موقع شمارش به خودتان تلقین کنید که هر شمارش به شما کمک می‌کند تا به خلسه عمیق بروید، یا به شما کمک می‌کند که بیشتر تن آرام بشوید.

تمرین نهم) تصویر ذهنی تن آرامی: برای عمیق کردن خلسه از تصویر تن آرامی استفاده کنید. به عنوان مثال فرض کنید که دارید در جنگل راه می‌روید و به جویباری برمی‌خورید. به خودتان تلقین کنید که صدای جویبار باعث می‌شود تا شما احساس

تن آرامی کنید.

تمرین دهم ( تصویر راه پله : فرض کنید که دارید از یک راه پله طولانی پایین می آید و به خودتان تلقین نمایید که با هر قدمی که برمی دارید به حالت عمیقتر هیپنوتیسم وارد می شوید.

تمرین یازدهم ( تصویر ساعت شنی : یک شیشه کوچک و یا یک ساعت شنی را تصور کرده و فرض کنید که دانه های شن در حال افتادن از بالا به پایین هستند در آن حالت به خودتان تلقین کنید که هر دانه شنی که می افتد شما را به خلسه عمیقتر و عمیقتر خواهد برد.

تمرین دوازدهم ( تصویر نقطه سیاه : نقطه سیاه کوچکی را روی یک زمینه سفید تصور کرده و فرض کنید که نقطه سیاه دارد بزرگتر می شود و سرانجام دارد تمام زمینه را در بر می گیرد. به خودتان تلقین کنید که هر قدر نقطه سیاه بزرگتر می شود، خلسه شما هم به همان اندازه عمیقتر می شود.

تمرین سیزدهم ( موسیقی : فرضاً تصور کنید که دارید به موسیقی آرام و دلخواه خودتان گوش می دهید و یا واقعاً به آن گوش می دهید. به خودتان تلقین کنید که موسیقی، خلسه و تن آرامی شما را عمیقتر خواهد کرد.

### چگونه تلقینات هیپنوتیسمی را فرمول بندی کنیم

در طول خلسه می توانید به خودتان تلقینات سازنده ای را داده و تفکر غیرمنطقی و منفی را تغییر و تصویردرمانی را به کار بگیرید. می توانید انگیزه خود را با یادآوری اهدافتان و دلایل رسیدن به آنها، افزایش داده و خودتان را در حال انجام اقدامات لازم به منظور رسیدن به اهدافتان تصور کنید. در این جا به شش اصل کلی که می توانید در ایجاد بسیاری از تلقینات هیپنوتیسمی به کار برده شوند اشاره می شود. از جملات مثبت استفاده کنید: هر وقت ممکن باشد در ایجاد تلقینات از گفتار مثبت استفاده کنید. بهتر است، به جای «سیگار نخواهم کشید» از جمله «می توانم سیگار را ترک کنم» استفاده کنید. در هر صورت واقع بین باشید چون انتظار معجزه داشتن از تلقینات مثبت غیرواقعی است. بنابراین باید از به کار بردن تلقیناتی نظیر «من همیشه کاملاً تن آرام خواهم بود»،

«حتماً مصاحبه‌ام را عالی انجام خواهم داد و شغلی را به دست خواهم آورد» اجتناب کرد. به خاطر داشته باشید که بعضی وقتها تنها راه آدای تلقین، به روش گفتار منفی امکان‌پذیر است و به عنوان مثال، «اگر با اضطراب، عمل کنم و یا نتوانم شغلی را به دست آورم به معنای این نیست که من شکست خورده و یا بی‌ارزش هستم». این‌گونه تلقینات، مؤثر هستند چرا که با عقاید غیرمنطقی نظیر «اگر موفق نشوم بی‌ارزش هستم» مقابله می‌کنند.

هم از تصویر ذهنی و هم از تلقین استفاده کنید: وقتی از تصویر ذهنی استفاده می‌کنید تلقینات، کارآمدتر هستند. بنابراین به عنوان مثال، علاوه بر این که دارید به خودتان تلقین می‌کنید که وزنتان را از دست می‌دهید، کمتر خوردن را تصور کرده و تصور کنید که دارید در برابر خوراکی بین وعده‌های غذا و سفارش غذای اضافی مقاومت می‌کنید و بالاخره کاهش وزن پیدا می‌کنید.

تلقینات خود را انعطاف‌پذیر بکنید: خواسته‌های خود را به رجحانات تبدیل کنید و از به کار بردن «بایدها» خودداری ورزید. افراد؛ اغلب، زمانی که به آنها گفته می‌شود و یا آنها به خودشان می‌گویند که «باید» این کار را بکنید، نافرمانی می‌کنند. بنابراین، از بکار بردن دستورات سخت و نافذ از قبیل «تا آخر عمرم هرگز سیگار نخواهم کشید» خودداری کنید. این نوع از تلقینات غیرواقعی بوده و باعث ایجاد اضطراب غیرضروری می‌شوند، تلقین آسانگیرانه و انعطاف‌پذیر، چنین خواهد بود. «وقتی دارم تن‌آرامی و شیوه‌های کنار آمدن یا فشار روانی را یاد می‌گیرم نسبت به تمایل سیگارکشی خود، کنترل زیادی را به دست می‌آورم».

برای ایجاد تغییر، زمان تعیین کنید: معمولاً تغییرات رفتاری در طول مدت زمان و به صورت اقدامات تدریجی صورت می‌گیرند. وقتی دارید تلقینات را رده‌بندی می‌کنید، این موضوع را مدّ نظر داشته باشید. بجای تقاضای تغییر عادات غذاخوری و یا ترک سیگارکشی به خودتان تلقینات زیادی بدهید که برای صورت گرفتن چنان کاری نیاز به زمان داشته باشد. به عنوان مثال تلقینی که زمان را در نظر می‌گیرد چنین خواهد بود «وقتی دارم خودهیپنوتیسم را تمرین می‌کنم و دارم خودم را در حال غذا خوردن یا عادات غذاخوری بهتر، تصور می‌کنم از غذاهای چاق‌کننده کمتر خواهم خورد و هرچه

بیشتر وزنم را کاهش خواهم داد.

**تکرار:** علاوه بر کنار گذاشتن زمان برای ایجاد تغییر، تلقینات خود را مجدداً تکرار کنید تا این که اثر داشته باشند شکل منفی خود هیپنوتیسم از زمانی صورت می گیرد که افراد به خودشان تلقینات منفی بدهند از قبیل این تلقین «من هرگز موفق نخواهم شد»، «نمی توانم تغییر بکنم» این گونه تلقینات متناقض اغلب بدون توجه شما، به تعداد بی شماری تکرار شده اند. برای خنثی کردن اثرات خود هیپنوتیسم منفی، اهمیت دارد تا تلقینات سازنده را هر قدر که می توانید تکرار کنید. می توانید در طول جلسات تمرین خود هیپنوتیسم در خانه و همچنین در اوقات دیگر روز، این مطالب را به خود، تلقین کنید هر وقت و هر جا خصوصاً در موقعیتهای دشواری به خودتان حرفهای فرح بخش بزنید. به عنوان مثال وقتی احساس می کنید که برای خوردن دسر کالریزا و سوسه می شوید. در آن لحظه به خودتان بگویید که «می توانم خودم را کنترل کنم» «از خوردن سیر شده ام» و «با وجود این که دسر، مورد علاقه من است ولی می توانم از آن دست بردارم».

افراد اغلب چنین، فرض می کنند که اگر به خودشان در خود هیپنوتیسم تلقین مثبت بکنند و یا از طرف هیپنوتیزور، تلقین پس هیپنوتیسمی دریافت کنند، این عمل به طور نامشخص بر آنها تأثیر می گذارد. آنها نمی دانند که شخصی می تواند به آسانی تلقینات سازنده را با تفکر منفی خنثی نماید. به همین دلیل است که با خبر بودن از «خود هیپنوتیسم منفی» خودتان و شناختن آنها موقعی که دارید به خودتان تلقینات متناقض منفی می دهید اهمیت دارد. با توجه به این که تلقینات منفی، همیشه امکان برگشت دارند بنابراین تلقینات سازنده را تا آنجایی که ممکن است به منظور ضعیف کردن اثر تلقینات منفی و قدیمی تکرار کنید. همچنین هر وقت افکار منفی و یا غیر منطقی باز گردد، آنها را توسط تکرار مجدد تلقینات سازنده خنثی سازید.

از تلقیناتی که شکست، و یا شک و تردید را القاء می کنند، اجتناب کنید: موقع ساختن تلقینات از به کار بردن کلماتی که شکست و شک را القاء می کنند از قبیل «امیدوارم به رژیم غذای ام پایبند باشم» «سعی خواهم کرد تا سیگار کشیدن را ترک کنم» خودداری کنید. شخص امید ندارد و آرزو می کند و یا سعی می کند تا چیزهایی را که در

توان اوست انجام دهد و یا آنها را انجام داده و یا انجام نمی دهید. وقتی افراد به خودشان می گویند که سعی خواهند کرد تا کاری را انجام دهند معمولاً آن را انجام نمی دهند. بنابراین قدرت را به خودتان برگردانده و تلقین کنید که «به اهدافم دست خواهم یافت، ممکن است گاهی سیر قهقرایی پیدا کنم، اما اساساً پیشرفت می کنم و می توانم غذا خوردن و سیگار کشیدنم را مهار کنم».

### پایان دادن به حالت خلسه<sup>۱</sup>

شخص ممکن است خلسه را توسط تلقیناتی از قبیل «حالا چشمهایم را باز خواهم کرد و احساس تن آرامی، نشاط، تعجب و بیداری کامل و هشیاری خواهم کرد» خاتمه دهد. روش شمارش یکی دیگر از رویکردهاست. در این روش شخص اعدادی را تا یک شماره مشخص می شمارد، مثلاً از یک تا پنج و یا از یک تا ده و یا شخصی می تواند به طور معکوس شمارش کند، مثلاً از پنج تا صفر. در طول شمارش، تلقینات مربوط به بیداری و هوشیاری داده می شوند. به خاطر داشته باشید تا هرگونه تلقیناتی را که نمی خواهید باقی بماند، از قبیل احساسات سنگینی؛ برطرف سازید.

### خلاصه شیوه خودهیپنوتیسم

تلقین خلسه هیپنوتیسمی: تلقین خودهیپنوتیسم را توسط روش تن آرامی تثبیت چشم، شناوری دست و یا سنگینی دست تمرین کنید.

تکنیکهای عمیق کننده: زمانی که می توانید خلسه را ایجاد کنید، عمیق کردن آن را با تکنیکهای عمیق کننده مختلف، تمرین کنید.

استفاده از خلسه: زمانی که توانستید خلسه را ایجاد و عمیق ساخته و تصاویر و تلقینات درمانی را ایجاد نمایید؛ آمادگی دارید تا خلسه را به کار ببرید. اصول شش گانه که می توانند در ایجاد و توسعه تلقینات به کار گرفته شوند عبارتند از: ۱- استفاده از کلمات مثبت در صورت امکان، ۲- استفاده از تصویرسازی ذهنی، ۳- انعطاف پذیر

ساختن تلقینات، ۴- زمان دادن به تلقینات جهت اثرگذاری، ۵- تکرار تلقینات تا سرحد امکان و هر وقت که لازم باشد، ۶- اجتناب از تلقیناتی که شکست و تردید را القاء می‌کنند.

خاتمه دادن به خلسه: از روش شمارش استفاده کرده و یا فقط تلقین پایان خلسه را به خود تلقین کنید.

### روش خودهیپنوتیسم جزئی<sup>۱</sup>

سالتر (۱۹۴۱) روش خودهیپنوتیسم جزئی را به بخشی از روش یادگیری تشبیه کرده است، یا به عبارت دیگر به آنچه که درمانگران اکنون آن را تقریبهای متوالی<sup>۲</sup> می‌نامند تشبیه کرده‌اند. یادگیری خودهیپنوتیسم بر قسمت‌های مجزا تقسیم می‌شوند. سالتر، تلقین را با تاب دادن بدن شروع می‌کند. درمانجو می‌ایستد و هیپنوتیزور تلقین می‌کند که «دارید به جلو می‌افتید». تلقین تکرار می‌شود تا این که درمانجو به جلو افتاده و هیپنوتیزور او را می‌گیرد. بعد از پاسخدهی درمانجو، هیپنوتیزور توضیح می‌دهد که مهم نیست که، چه کسی تلقین می‌کند، چه هیپنوتیزور باشد و یا خود شخص. سپس هیپنوتیزور درمانجو را وادار می‌کند تا جلو افتادن (سقوط به جلو) را به خودش تلقین کند. وقتی درمانجو به جلو می‌افتد هیپنوتیزور او را می‌گیرد.<sup>۳</sup>

تلقینات دیگر بیداری و یا تلقینات بدون تلقین خلسه قبلی بعداً به درمانجو داده می‌شوند. چهارچوب یکسان است. بعد از این که درمانجو به تلقین بیداری هیپنوتیزور پاسخ می‌دهد، بعد می‌تواند خودهیپنوتیسم را برای ایجاد همان اثرات به کار ببرد. سالتر، پاندول چورول، (به فصل دو نگاه کنید) جمود دست و پا و بالاخره سنگینی و یا تن‌آرامی بدن را به کار می‌برد. در نتیجه استفاده از یکسری تقریبهای متوالی، درمانجو یاد می‌گیرد تا پدیده‌های مختلف مرتبط با هیپنوتیسم را به خودش القاء کند.

1. The fractional self Hypnotic method

2. Successive approximations

۳- این تمرین را پیشنهاد نمی‌کنیم مگر این که هیپنوتیزور در گرفتن درمانجو سریع عمل نموده و به اندازه کافی قوی باشد.

## روش آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی

رویکرد مهارت‌های هیپنوتیسمی شبیه روش جزئی یاد دادن خودهیپنوتیسم است، و از بُعد نظری تفاوت عمده‌ای وجود دارد. توضیح سالتز در مورد هیپنوتیسم بر حسب بازتاب‌های شرطی است در حالی که رویکرد مهارت‌های هیپنوتیسمی براساس الگوی رفتاری - شناختی است. با وجود این، بسیاری از تکنیک‌ها و مفاهیم مشابه از قبیل تقریب‌های متوالی، استفاده از تلقینات بدون تلقین خلصه قبلی و تأکید بر اهمیت تمرکز و همکاری می‌باشد.

فصل دو دربرگیرنده شرح کاملی از شیوه آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی است که می‌توانند به طور کلی در آموزش خودهیپنوتیسم و افزایش پاسخدهی هیپنوتیسمی به کار برده شوند. بعد از آموزش درمانجو در مورد چگونگی تمرکز کردن و استفاده از راهبردهای شناختی از قبیل خودتلقینی و تصویرسازی ذهنی، درمانگر، درمانجو را توسط تجربه دگرهیپنوتیسم، هدایت می‌کند. دگرهیپنوتیسم به کمک تهیه یک مدل از آنچه که درمانجو باید در موقع تمرین خودهیپنوتیسم انجام دهد، به درمانجو کمک می‌کند. هرگونه شیوه تلقین هیپنوتیسمی می‌تواند به کار برده شود. اما ترجیح داده می‌شود که یا درمانجو روش تلقین را انتخاب کند و یا درمانگر، یک شیوه تلقینی را انتخاب کند که با گرایشات پاسخ درمانجو مطابقت دارد. قبلاً بحث کردیم که چگونه تلقینات باز پاسخ می‌توانند برای فرا خواندن این تلقینات پاسخدهی به کار برده شوند. همچنین در فصل دو بحث کردیم که چگونه شیوه آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی می‌توانند به همین طریق به کار برده شوند. هرکدام از تمرین‌های این شیوه (از قبیل سنگین و سبکی دست و جمود دست) درمانگر و درمانجو را به اطلاعاتی در مورد پاسخدهی درمانجو به هر نوع تلقین مهیا می‌کند. در مورد این که کدام شیوه تلقین باید مورد استفاده قرار گیرد، می‌توان براساس چگونگی پاسخدهی درمانجو به تمرینات مختلف تصمیم‌گیری کرد. به عنوان مثال درمانجویی که نسبت به تلقینات سبکی و شناوری دست پاسخدهی دارد، با شیوه تلقین شناوری دست؛ بهتر عمل خواهد کرد. تثبیت و سنگینی چشم به عنوان یک شیوه تلقین برای درمانجویی که پاسخدهی بیشتری به تلقینات سبکی دست دارد تا نسبت به تلقینات سنگین، به کار می‌رود. بعد از این که

درمانجو، آموزش مهارت‌هایی را به طور موفقیت آمیز تمام کرد و دگر هیپنوتیسم را تجربه نمود، درمانگر می‌تواند درمانجو را یا به متونی از قبیل آنهایی که در این فصل آمده مجهز سازد و یا این که فقط درمانجو را برای تلقین خود هیپنوتیسم از طریق به کارگیری مهارت‌هایی که آموخته است تشویق سازد. وقتی که این ترتیب، یعنی آموزش مهارت‌های هیپنوتیسم، دگر هیپنوتیسم و تمرین خود هیپنوتیسم دنبال می‌شود، لازم نیست تا برای خود هیپنوتیسم، تلقینات پس هیپنوتیسم بدهیم. اما بعضی از درمانجویان، هنوز ترجیح می‌دهند تا برای خود هیپنوتیسم، موقعی که تحت دگر هیپنوتیسم هستند؛ تلقیناتی را دریافت کنند.

### کاربرد بالینی خود هیپنوتیسم

موردی ارائه خواهد شد تا بسیاری از اصول و شیوه‌های بحث شده در فصل حاضر را نشان دهد.

آرنولد<sup>۱</sup> به خاطر تیک<sup>۲</sup> چهره خود، برای هیپنوتیسم درمانی مراجعه کرد. او با فک خود، حرکاتی شبیه حرکات لاک پشت انجام می‌داد که دیگران متوجه آن می‌شدند، ولی خودش از آنها بی‌خبر بود. به نظر می‌رسید که این عمل زمانی که او مضطرب بود رخ می‌داد، اما زمانی که او داشت بر فعالیت‌هایی از قبیل تماشای تلویزیون و یا حل مشکلات کاری و یا بازی با دختر سه ساله‌اش تمرکز می‌کرد، این عمل صورت می‌گرفت.

با این که هیپنوتیزور دیگری در درمان تیک وی (پرش عضله صورت) موفق نشده بود اما آرنولد درخواست هیپنوتیسم کرد و درخواست او مورد پذیرش واقع شد. برای سنجش سطح خط پایه تنش چانه درمانجو و برای این که به او نشان داده شود که چگونه از دست تنش چانه خلاص بشود، از وسایل الکترومیوگراف (برق‌نگاری ماهیچه‌ای) و بیوفیدبک (پسخوراند زیستی) در طول اولین جلسه استفاده شد. در روی دستگاه الکترومیوگرافیک خط پایه عضلات مضغی<sup>۳</sup> از ۴۵ میو تا ۵۰ میو گسترش می‌یافت. از آنجایی که آرنولد از پرش عضله‌ای خود باخبر نبود، تمرین بی‌وقفه پرش عضله صورت

1. Arnold

2. Tic

3. Masseter muscle



(بیتس، ۱۹۸۵) به او تجویز شد.

به آرنولد آموزش داده شد تا از همسرش بخواهد تا پرش عضله او را نشان دهد. بعد از مطالعه دقیق، حرکاتی که در پرسش عضله وجود داشتند، قرار شد که آن را موقع نگاه کردن به آینه، تمرین کند و قرار شد روزی یک بار به تمرین بی وقفه پرش عضله تا حد خستگی بپردازد. آرنولد گزارش کرد که مجبور بود پرش عضله را تقریباً به مدت نیم ساعت قبل از احساس خستگی و ناراحتی، تمرین کند. در دومین جلسه آرنولد، آموزش خود هیپنوتیسم شروع شد. او یادگیری خود هیپنوتیسم را پذیرفت که از هیپنوتیزور قبلی یاد نگرفته بود. تجربه قبلی آرنولد در مورد هیپنوتیسم درمانی محدود به دریافت تلقینات پس هیپنوتیسمی در خصوص نپرداختن به پرش عضله می شد. گرچه آرنولد، سوژه هیپنوتیسمی خوبی بود اما برای این که به او نشان داده شود که پاسخدهی او نه به خاطر عوامل خارجی، بلکه به خاطر مهارتهایی است که در اختیار دارد، از آموزش مهارتهای هیپنوتیسمی استفاده شد.

آرنولد به تلقینات مربوط به سنگینی، بسیار حساس بود و اظهار داشت که تثبیت چشم را به عنوان شیوه تلقین ترجیح می دهد. این روش تلقین، به وسیله هیپنوتیزور قبلی به کار رفته بود. در طول هیپنوتیسم چنین تلقین شد:

از حالا به بعد موقعی که چانه شما منقبض می شود حتی قبل از این که شروع به تحریف صورتتان بکنید (حرفهای خود در مانجو در مورد توضیح مشکل) از آن باخبر خواهید شد. به محض این که متوجه تنش شدید، با پنج بار تنفس عمیق و آرام، وارد خود هیپنوتیسم خواهید شد و با هر بازدم، تن آرامی بیشتری را در چانه خود احساس خواهید کرد و وقتی دارید این کار را انجام می دهید، بقیه بدن شما نیز احساس تن آرامی بیشتر خواهد کرد. فقط تنش را از خود خلاص کرده و به تن آرامی در آئید.

قبل از این که جلسه آرنولد پایان پذیرد، بعد از باز کردن چشمانش، تلقین اضافی به او داده شد که مجدداً هیپنوتیسم را به تنهایی با خیره شدن به نقطه ای و پنج بار تنفس عمیق و آرام کشیدن ایجاد کرده و با هر بار بازدم، تن آرامی بیشتری را احساس کند. آرنولد به طور موفقیت آمیز حالت هیپنوتیسمی را خودش به وجود آورد که در طول آن در مانگر از او خواست تا خودش را در موقعیتهای مختلف تصور کند و ببیند که تنش فک او از

طریق هیپنوتیسم رفع شده و احساس آرامش می‌کند و به او یاد داده شد تا این تمرین تصویرسازی ذهنی را در خانه؛ در طول تمرین خودهیپنوتیسم انجام دهد. همچنین به او زمانی که هنوز در حالت هیپنوتیسمی بود گفته شد که آنچه را که دارد الان در حالت هیپنوتیسم شده، انجام می‌دهد در واقعیت هم انجام خواهد داد.

آرنولد هفته بعد مراجعت کرد و گزارش داد که هرگز چنان از سطوح بالای تنش در چانه خود باخبر نبوده است. او در حیرت بود که آیا هیپنوتیسم باعث افزایش تنش او شده بود یا چیز دیگری. به او توضیح داده شد که مردم اغلب از چگونگی تنش که دارند باخبر نیستند، مگر این که تن آرامی را یاد بگیرند. به او چنین گفته شد که اولین قدم برای او این است که از آن تنش و نیز از زمان پرداختن به پرش عضله بیشتر باخبر باشد. آرنولد گزارش کرد که تمرینات خودهیپنوتیسم را هر وقت که از تنش باخبر می‌شد در خانه به کار می‌برده و قبلاً از شیوه تن آرامی خودهیپنوتیسمی، استفاده می‌کرده است. به نظر می‌رسید آرنولد احساس می‌کرد که تعداد دفعات پرش عضله کاهش یافته و این پسخوراند<sup>۱</sup> را از دوست و همسرش گرفت که در حقیقت او کمتر پرش عضله دارد. آرنولد سه جلسه دیگر مراجعه کرد و هر هفته گزارش داد که تنش چانه کمتری احساس می‌کند و احساس می‌کند که در تعداد دفعات پرش عضله، کاهش حاصل شده است. در برق‌نگاری ماهیچه‌ای (الکترومیوگرافی) نیز سطح خط پایه عضله مضغی به حد ۶ میو تا ۸ میو پایین آورده شد. آرنولد با استفاده از مهارت‌های خودهیپنوتیسمی بدون پسخوراند توانست تا تنش چانه خود را به ۴ میو کاهش دهد. آرنولد از کنترلی که بر پرش عضله به دست آورده بود، احساس رضایت می‌کرد و به همین جهت درمان پایان پذیرفت.

## خلاصه

در این فصل، منطق و اهداف خودهیپنوتیسم، ارائه شده و روش‌های مختلف خودهیپنوتیسم، توضیح داده شده‌اند. ترتیب اقداماتی که در به کارگیری برنامه آموزش خودهیپنوتیسم وجود دارد؛ توضیح داده شده و نمونه بالینی هم ارائه گردیده است.

## فرجام سخن

ما در این کتاب، درمان گسترده‌ای را که شامل روشهای هیپنوتیسم درمانی اریکسونی، روش رفتاری شناختی و روش سنتی می‌شد، ارائه کرده‌ایم. رویکرد یکپارچه‌ای که در این کتاب توضیح داده‌ایم، جدید است از این نظر که شامل راهبردها و تکنیکهایی می‌شوند که از روشهای معاصر هیپنوتیسم درمانی مشتق شده‌اند و یا شامل راهبردها و تکنیکهایی می‌شوند که از روشهای سنتی مشتق می‌شوند خصوصاً تکنیکهای اریکسون و تکنیکهای رفتاری - شناختی بطور گسترده در این کتاب به کار رفته است. به خاطر نوظهوری این روش در صحنه درمانی، پژوهش اندکی تا این تاریخ در مورد سودمندی هیپنوتیسم درمانی رفتاری - شناختی وجود داشته است. اطلاعات محدودی که در واقع در حال حاضر وجود دارند و نیز تجارب بالینی موجود حاکی از آنند که این روش خصوصاً در یاد دادن راهبردهای مقابله و وارد کردن درمانجو به همکاری در امر درمان، مؤثر و سودمند می‌باشد.

موقعیت مشابه‌ای برای هیپنوتیسم درمانی اریکسون وجود دارد. گرچه میلتون اریکسون نوع یگانه هیپنوتیسم درمانی خود را سالیان زیادی در گمنامی تمرین کرد اما اخیراً، عده قابل توجهی از متخصصین بالینی، هیپنوتیسم درمانی اریکسون را به کار می‌برند. علاوه بر این، به علت پیچیدگی روشهای هیپنوتیسم درمانی پژوهش کنترل شده، برای اجرا شدن، بسیار دشوار بوده است. امیدواریم که این کتاب، متخصصین بالینی را قادر سازد تا پژوهش‌ها و راهبردهای اریکسون را برای ارزیابی آنها به کار گیرند. سعی کرده‌ایم تا بعضی از آنچه را که به عنوان

تکنیکهای سودمند اریکسونی از لحاظ بالینی در نظر می‌گیریم آن تکنیکها را جدا کرده و به کار ببریم و سعی کرده‌ایم تا بعضی از اسرار نهفته در هیپنوتیسم درمانی اریکسون را برطرف سازیم. برای ارزیابی اثر یکپارچگی رویکرد رفتاری شناختی و هیپنوتیسم اریکسونی با رویکردهای سنتی، پژوهش لازم است. تصدیق می‌کنیم که بعضی از متخصصین بالینی ممکن است نسبت به ترکیب روشهایی که از مکاتب مختلف مشتق شده‌اند، اعتراض بکنند. اما عقیده داریم که برای متخصصین بالینی، اهمیت دارد تا نسبت به به کار بردن تکنیکهای سودمند به جای تکنیکهایی که به تشخیص موقعیت نظری آنها منجر می‌شود، تمایل بیشتری داشته باشد. مکاتب نظری از هر نوعی که باشند در حال حاضر رو به زوال هستند و یکپارچگی رو به افزایش است.

هدف ما توضیح چگونگی به کار بردن هیپنوتیسم درمانی و تشویق دیگران برای آزمایش کردن آن بوده است. به جای بکار بردن این تکنیکها به طرز طوطی‌وار و مکانیکی، توصیه می‌کنیم که روشهای توصیف شده در این کتاب را با سبک خاص خود طوری ترکیب کنید که برایتان راحت و مناسب باشد. فکر می‌کنم که برای هیچکدام از متخصصین بالینی، مطلوب نباشد که صرفاً «کتابی»<sup>۱</sup> عمل نماید، چه مطابق محتویات کتاب ما باشد و یا مطابق محتویات کتاب دیگران.

وقتی سه نوع متخصص مختلف، کتابی را مشترکاً بنویسند، این خطر وجود دارد که خوانندگان کار و تفکر آنها را مشابه تلقی کنند، این نوعی «اسطوره متحدالشکل»<sup>۲</sup> است که به طور فزاینده، کاذب تشخیص داده شده است. واقعیت این است که گرچه وجوه مشترک زیادی در رویکردهای مختلف ما وجود دارد، تفاوت‌های قابل توجهی هم وجود دارد. وجوه مشترک ما شامل یکپارچگی رویکردهای سنتی، رفتاری - شناختی و رویکردهای اریکسونی را می‌شود، و وجه تمایز ما در آمیختگی نسبی این رویکردها و سبک‌های فردی ما، خلاصه می‌شود. خوشبختانه، وجوه اشتراک، بیشتر از وجوه تمایزات می‌باشند، وگرنه، ابداً نمی‌توانستیم این کتاب را بنویسیم. برای این که به خوانندگان کمک کنیم تا سبک درمانی منحصر به فرد نویسنده و ترکیب نسبی رویکردهای نظری را از هم تشخیص دهند، درمانگر هر مورد را مشخص کرده‌ایم. هدف ما این بود که رنگ و بویی به این راههای گوناگون بدهیم که در آن اجرای هیپنوتیسم درمانی

ممکن باشد. امید می‌رود که این موضوع، دیگران را در به کار بردن محتوی این کتاب به طرزی که با سبکهای خود آنها سازگاری داشته باشد، کمک نماید.

امیدواریم این شیوه‌های درمانی برای خوانندگان مفید بوده و در استفاده از هیپنوتیسم در کار بالینی، احساس راحتی نمایند.

## ضمیمه

### فهرست نگرش شخصی<sup>۱</sup>

لطفاً با گذاشتن علامت در داخل مربعها، به هریک از موارد زیر پاسخ مناسبی بدهید.

۱- اگر غذای نیمه گرمی را در رستوران دریافت نمایم، سعی می‌کنم در این مورد اعتراض کنم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲- از مراجع قدرت که سعی می‌کنند به من بگویند که چه کاری را انجام بدهم، متنفر هستم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۳- درمی‌یابم که اغلب مجبورم مرجع قدرت را مورد سؤال قرار دهم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۴- از دیدن این که کسی، چیزی را انجام می‌دهد که هیچ‌کدام از ما قرار نیست انجام بدهیم، لذت می‌برم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۵- اشتیاق شدیدی به حفظ آزادی شخصی دارم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۶- هر وقت که بتوانم «خرده‌گیری بکنم»<sup>۲</sup> از آن لذت می‌برم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

- ۷- هنگام مباحثات براحتی توسط دیگران اقناع می‌شوم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۸- هیچ چیزی به اندازه جر و بحث خوب مرا خوشحال نمی‌کند!
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۹- بهتر است وقتی دنبال شغلی هستم، آزادی بیشتری داشته باشم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۰- اگر به من گفته شود که کاری بکنم، اغلب مخالف آن را انجام می‌دهم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۱- بعضی وقتها از مخالفت کردن با دیگران می‌ترسم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۲- وقتی افسران پلیس به مردم می‌گویند که چه کاری را انجام بدهند، واقعاً مرا اذیت می‌کند.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۳- تغییر دادن برنامه‌هایم، مرا ناراحت و عصبانی نمی‌کند، چرا که کسی در گروه می‌خواهد کار دیگری را انجام دهد.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۴- اگر مردم به من بگویند که چه کاری را انجام بدهم، مخالفتی با آن ندارم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۵- از مناظره کردن با دیگران لذت می‌برم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۶- اگر کسی از من بخواهد که لطفی برایش بکنم در این اندیشه فرو می‌روم که این شخص واقعاً در پی چیست؟
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۷- نمی‌توانم تلاشهای دیگران را که سعی به وادار کردن من دارند، تحمل کنم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐
- ۱۸- من اغلب از پیشنهادات و نظریات دیگران تبعیت می‌کنم.
- بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۱۹ - من نسبتاً خودرأی هستم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۰ - برای من اهمیت دارد که نسبت به دیگران در مقام بالایی قرار داشته باشم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۱ - پذیرای راه‌های حل‌هایی هستم که در مورد مشکلات من از طرف دیگران ابراز می‌شود.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۲ - از رسوا کردن کسانی که فکر می‌کنند حق با آنهاست لذت می‌برم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۳ - خودم را بیشتر، رقابت طلب می‌دانم تا همکار طلب.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۴ - با انجام دادن کاری برای کسی، حتی وقتی که ندانم چرا آن را انجام می‌دهم، مخالفتی ندارم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۵ - معمولاً با توصیه دیگران موافق هستم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۶ - احساس می‌کنم، به طور آشکار دفاع کردن از آنچه که بدان عقیده دارم، بهتر از ساکت بودن باشد.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۷ - بسیار لجوج و در اهدافم مصمم هستم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐

۲۸ - برای من اهمیت زیادی دارد تا با کسانی که با آنها کار می‌کنم رابطه خوبی داشته باشم.

بسیار موافق ☐ موافق ☐ مخالف ☐ بسیار مخالف ☐



### چگونه از مقیاس استفاده کنیم

نمره گذاری مقیاسی واکنش درمانی (TRS) آسان است. فقط کافی است که عدد ۴ را برای بسیار موافق و عدد ۳ را برای موافق، ۲ را برای مخالف، ۱ را برای بسیار مخالف تعیین کنید. این نمره گذاری باید برای ماده آزمونهایی که کلیدشان برعکس می باشد (ماده آزمونهای ۷-۱۱-۱۳-۱۴-۱۸-۲۱-۲۴-۲۵-۲۸) معکوس بشود. بعد برای بدست آوردن نمره کل، نمرات ۲۸ ماده آزمون را جمع ببندید. حداقل نمره ممکن (برای واکنش پایین) ۲۸ و حداکثر نمره ممکن (برای واکنش بالا) ۱۱۲ می باشد.

برای استفاده از نمره های TRS، دانستن این که، چطور آنها با نمرات دیگر مقایسه می شوند، اهمیت دارد. این مقیاس به ۲۱۱ نفر از فارغ التحصیلان روان شناسی پرورشی دانشگاه بزرگ میدوستر<sup>۱</sup> داده شد و به عنوان مثال، نمره میانگین ۶۶/۶۸ و نمره میانه ۶۶/۵۰، انحراف معیار گروه نمونه ۶/۵۹ و دامنه کلی ۴۶ الی ۸۳ بود. گرچه می توانید این نمرات را برای مقایسه کردن نمرات شخصی خودتان به کار ببرید، ولی تشویق می کنیم که اطلاعات تطبیقی خودتان را نیز برای کسانی که با آنها به نوعی کار می کنند، جمع آوری کنید.

به نظر می رسد TRS برای اندازه گیری سازه غیر مستقل واکنش روان شناختی به کار می رود و همبستگی جزئی با فرم نمره گذاری مشاور<sup>۲</sup> (وسیله اندازه گیری نفوذ اجتماعی درمانگر)، فهرست افسردگی بک، و فهرست اضطراب ذاتی و موقعیتی اسپیل برگر<sup>۳</sup> داشته باشد. از طرف دیگر با محل کنترل درونی که طبق نظریه واکنش روان شناختی انتظار آن می رفت، به طور مثبت همبستگی داشته است. پژوهش نشان داده است که افراد واکنش بالا، نسبت به افراد واکنش پایین، گرایش دارند که بعد از درمان، تغییر کمتری در تعویق و اضطراب از خود نشان دهند. علاوه بر این، در یک مطالعه و بررسی معلوم شد که درمانجویان دارای واکنش بالا نسبت به درمانجویان دارای واکنش پایین، طول درمانی بیشتر و نمره کمتری به دست آورده اند.

1. Midwestern

2. Conselor rating form

3. Spielberger state - trait Anxiety inventory

## در مورد مؤلفان

ویلیام ال گلدن مدرک دکترای رشته روان‌شناسی را از دانشگاه آزاد مطالعات اجتماعی<sup>۱</sup> از شهر نیویورک در سال ۱۹۷۵ دریافت کرد. او عضو انجمن فوق دکترای در مؤسسه درمان عقلانی - عاطفی در نیویورک سیتی بوده و در حال حاضر مدیر آموزش رفتاردرمانی در همین مؤسسه است. او همچنین مدیر انجمن مؤسسه رفتاردرمانی در وستچستر<sup>۲</sup> و عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه کرنل بوده و در نیویورک سیتی و برایل کلیف مانور، نیویورک، خصوصی کار می‌کند.

توماس داود، مدرک دکترای خود را در زمینه روان‌شناسی مشاوره از دانشگاه مینه‌سوتا در سال ۱۹۷۱ دریافت نمود. او به عنوان روان‌شناس مرکز پزشکی اداره نظامیان بازنشسته و به عنوان روان‌شناس مرکز مشاوره دانشگاه مشغول به کار بوده و در دانشگاه‌های فلوریدا و نیراسکا تدریس کرده است. او هم‌اکنون استاد و مدیر آموزش روان‌شناسی مشاوره در دانشگاه کنت می‌باشد. دکتر داود عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا (بخش ۱۷) و صاحب‌نظر در زمینه روان‌شناسی مشاوره، عضو انجمن روان‌شناسی مشاوره‌ای آمریکا و عضو انجمن هیپنوتیسم بالینی و آزمایشگاهی است. او کمک سردبیر مجله روان‌درمانی شناختی : فصلنامه‌ی بین‌المللی است.

فرید برگ، مدرک دکترای خود را در زمینه روان‌شناسی از دانشگاه نیویورک سیتی دریافت نمود. او در هانتینگتان، استونی بروک و نیویورک به کار خصوصی اشتغال دارد. دکتر فرید برگ، مقالاتی را در زمینه هیپنوتیسم، درمان فشار روانی و روان‌شناسی ورزش تألیف نموده است.

## نمایه موضوعی

- بازگشت سنی، ۱۵، ۲۴  
هیپنوتیسم هشجاری، ۶۸  
بی دردی، بیحسی، هیپنوتیسمی، ۱۲۰  
اضطراب، ترس، هراس، ۸۴، ۸۶  
و اختلالات مربوط به فشار روانی، ۸۷  
علائم وابسته به فشار روانی، ۸۴  
اضطراب، ۱۵۸  
افسردگی واکنشی، ۶۲  
کنترل عادت، ۱۳۳  
کنترل درد، ۱۰۵  
مقاومت، ۵۴، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۹  
خود هیپنوتیسم، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۷۷  
روش تلقین هیپنوتیسمی چگون، ۵۴  
بازسازی شناختی برای، ۹۶  
اضطراب، ۹۶  
افسردگی، ۴۵، ۶۰، ۶۱، ۶۴  
اختلالات عادت، ۱۳۰، ۱۳۱  
تکنیکهای عمیق سازی، ۵۶، ۵۹  
تصویر ذهنی پلکان، ۵۷  
افسردگی، ۶۰، ۶۶  
افسردگی، زیت - شیمیایی، ۶۱  
ارزیابی و سنجش، ۱۱۱  
درمان، ۶۳، ۱۴۵، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۷  
حساسیت زدایی هیپنوتیسمی، ۹۰، ۹۲، ۱۰۴  
روشهای مستقیم شکستن مقاومت، ۱۵۷  
تلقین مستقیم، مثل درد، ۱۱۷  
تکنیکهای گسستگی، ۱۲۲  
درمان حواسپرتی، ۱۲۳  
تکنیکهای اریکسون، ۴۴  
اختلالات عادت، ۱۳۰  
تکنیکهای درمان، ۱۳۳  
بازگشت هیپنوتیسمی، ۱۰۱  
رویکردهای هیپنوتیسم درمانی، شناختی - رفتاری، ۱۳

- هیپنوتیسم درمانی، ۱۴
- هیپنوتیسم درمانی اریکسون، ۱۶
- تحلیل هیپنوتیسمی، ۱۴، ۱۵
- آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی، ۱۸، ۳۴
- همانندی تکنیک در میان مدل‌ها، ۲۱
- هیپنوتیسم سنتی، ۱۴
- هیپنوتیسم درمانی جدید، ۱۱، ۱۵، ۱۹
- همکاری و انگیزش، ۱۹
- برای اضطراب، ترسها، هراسها و، ۸۴، ۸۵
- تفکر و تصور، ۲۰
- تلقین هیپنوتیسمی، ۲۴، ۱۶۴
- تکنیک‌های عمیق کننده، ۱۹۳
- روش تثبیت چشم، سنگینی دست، ۵۳، ۱۹۲،
- روش تن آرامی، ۵۱
- تن آرامی هیپنوتیسمی، ۱۰۴، ۱۱۶
- درمان درد، ۱۱۳
- آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی، ۱۸، ۳۴، ۲۰۰
- تمرین تخیلی برای، اختلالات عادت، ۱۲۹،
- ۱۳۰، ۱۴۰
- روشهای غیر مستقیم شکستن، مقاومت، ۱۴۵
- تلقین غیرمستقیم، ۱۱۸، ۱۶۶
- درمان درد، ۱۱۳، ۱۱۶
- همگامی و هدایت، درد، ۱۵، ۱۰۵
- عوامل رفتاری درد، ۱۰۸
- مزمز، خوش خیم، بدخیم، ۱۱۰
- عوامل شناختی، ۱۰۶
- عوامل هیجانی، ۱۰۷
- عوامل میان فردی، ۱۰۸
- عوامل ادراکی، ۱۰۷
- مداخلات تناقضی، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲
- مقاومت، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۸
- منابع، ۱۴۷
- راهبردهای شکستن، ۱۵۷
- راهبردهای پیشگیری، ۱۴۹
- خودهیپنوتیسمی، ۱۲۸
- روشن سازی سوء برداشتها، ۱۸۴
- مدل اریکسونی، برای اختلالات عادت، ۱۲۹
- منفی، ۳۷
- آماده ساختن درمانجویان برای آموزش، ۱۸۳
- خود هیپنوتیسم، ۱۹۸
- فشار روانی، اضطراب، ۸۴
- پایان جلسه، ۱۰۳، ۱۹۹
- تغییر درد، ۱۱۸
- روش دو ستونی، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۱۲۶، ۱۳۵،
- ۱۳۶
- تکنیکهای شناسایی، ۹۵
- تصویر ذهنی فراخوان، ۷۶، ۷۷
- خود بازیابی، ۷۶

## نمايه مؤلفان

آندرتون، سى. اچ: ۱۲۹، ۲۳	بدروسين، ار. سى: ۶۳
آرا اُز، دى. إل: ۱۰، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۶، ۳۲	برنھایم، اچ: ۱۴
۱۷۸، ۶۴	بريھم، جى. دبليو: ۱۴۶
إليس، ا: ۶۲، ۶۵، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۱، ۸۳، ۱۷۷	بك، اءتى: ۶۰، ۶۳، ۶۵، ۶۶، ۸۴، ۸۵
۱۷۸	بلاك بورن، اى. إم: ۶۳
اسپانوس، ان. بى: ۱۹، ۲۰، ۲۴، ۳۳، ۱۷۸	بى شاپ، اس: ۶۳
ايكستين، آى: ۶۲، ۶۵، ۷۷، ۷۸، ۷۹	پرنيس، ام: ۱۴
إمرى، جى: ۶۰، ۸۴، ۸۵	پوتاش، ا. ال. سى: ۶۲
إوانس، إف. جى: ۳۱، ۳۲	ترك، دى. سى: ۱۰۹
اريكسون، ام. اچ: ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۲	تركسلر، إل: ۶۶
۲۹، ۳۰، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱	جانسون، وى: ۱۷۷، ۱۸۳
۱۰۱، ۱۱۸، ۱۴۵، ۱۵۴، ۱۵۶، ۱۵۷	جكسون، جى. ا: ۲۹، ۱۸۳
۱۶۳، ۱۶۴، ۱۷۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۷۴	چايسون، اس. دبليو: ۵۴، ۵۵
۱۷۵، ۲۰۴، ۲۱۲	دافى، دى. كى: ۷۵
باربر، تى. اكس: ۱۹، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۳۳، ۱۷۸	دان، ار. جى: ۶۳
باندلر، از: ۴۸	داؤد، اى. تى: ۹، ۱۰، ۱۲، ۷۵، ۱۰۱، ۱۱۸، ۱۴۶
باندوار، ا: ۱۸۵	۱۶۰، ۱۶۱، ۱۷۴، ۱۷۵، ۲۰۴، ۲۱۲

داويسون، جی. سی: ۳۵	کريستی، جی. ای: ۶۳
دياموند، ام. جی: ۱۸	کلارک، سی. جی: ۱۸۳، ۲۹
راسی، اس. ال: ۱۵۶	گالاگرا، ای. بی: ۱۰۹
راسی، ای. ال: ۲۰، ۲۱، ۴۸، ۱۴۵، ۱۵۴، ۱۵۶	گارگیلو، تی: ۱۸، ۱۱۵
راج، جی. سی: ۱۷۷، ۱۸۳	گريندر، جی: ۴۸
راش، اِ. جی: ۶۰، ۶۳	گلاردس، اِ. جی: ۳۵
روبل، اس: ۱۰۹	گُلد، ام. اس: ۶۲
ريچمن، دی: ۶۷	گُلدن، دبليو. ای: ۹، ۱۰، ۱۲، ۳۲، ۳۵، ۴۹
سالتر، ا: ۱۷، ۲۹، ۱۸۵، ۱۸۷، ۱۹۹	۶۷، ۷۳، ۷۷، ۷۹، ۹۷، ۱۲۵، ۱۲۹
سوينی، دی. آر: ۶۲	۱۳۳، ۱۴۱، ۱۴۷، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۶
شاو، بی. اف: ۶۰	۱۶۹، ۱۷۱، ۱۷۸، ۱۸۵، ۲۱۱
فای، اِ: ۱۴۶	گلن، اِ. آی. ام: ۶۳
فرستر: سی. بی: ۷۱	گنست، ام: ۱۰۹
فروم، اِی: ۱۷۷	گوردون، جی. آر: ۱۵۳
فرويد، اس: ۱۴، ۱۵	گیلمور، جی. بی: ۱۴۹
فريدبرگ، اف: ۹، ۱۰، ۱۲، ۶۷، ۱۲۹، ۲۱۲	لازاروس، اِ. اِ: ۲۷، ۷۲، ۱۴۶
فزلی، دبليو. دی: ۱۷، ۵۱	لِستر، دی: ۶۶
فستينگر، آی: ۱۵۴	لوميسون، پی. ام: ۷۱
فولر، جی: ۶۳	ماخنبام، دی: ۱۰۹، ۱۴۹
فيچ، از: ۱۶۲	مارلت، جی. اِ: ۱۵۳
کاتز، اِن. دبليو: ۱۸	مکوبای، اِن: ۱۵۴
کراسيلنگ، جی. بی: ۵۱	ملزاک، آر: ۱۰۶
کروگر، دبليو. اس: ۱۷، ۵۱	ميلن، سی. آر: ۱۴۶، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۷۵
کوريات، آی: ۱۴	واترلاويک، پی: ۱۵۴، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴
کوواکس، ام: ۶۳	واتکينس، جی. جی: ۳۲

۱۶۲: جي: وٽڪ لند،	۱۲۹، ۲۳: اِ: وادن، تي
۵۱: اِ: جي: مال،	۱۰۶: دي: وال، پي
۶۳: دي: اس. هالون،	۱۸۳، ۱۷۷: جي: وايت، دي
۱۶۳، ۱۵۶، ۱۴۹، ۱۴۵، ۱۱۸: ام: جي. ملي،	۳۳، ۳۱، ۱۷: اِ: ام: ويتزنهفر، اِ
۶۸، ۳۳: اِ: اي. هيلگارد،	۶۳: اِ: جي: والي، جي
۶۳، ۳۲، ۲۹: اي: جي. بانگ،	۱۴۶: اِ: اس. وايز، اس
	۶۶: اِ: ويسمن، اِ

## منابع

- Araoz, D. L. (1981). Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 12, 45-52.
- Araoz, D. L. (1982). *Hypnosis and sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Araoz, D. L. (1984). Hypnosis in the treatment of sexual dysfunctions. In W. C. Wester II & A. H. Smith, Jr (Eds.), *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. Philadelphia: Lippincott.
- Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.
- Bandler, R. , & Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson*. M.D. Cupertino, C. A.: Meta Publications.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Banyai, E. I., & Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 218-224.
- Barber, T. X. (1979). Suggested ("hypnotic") behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. In E. Fromm & R. E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (2nd ed.). New York: Aldine.
- Barber, T. X. (1984). Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation: Data, theory and clinical applications. In R. L. Woolfolk & P. M. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management*. New York: Guildford Press.
- Barber, T. X., Spanos, N. P., & Chaves, J. F. (1974). *Hypnosis, imagination and human potentialities*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., & Bedrosian, R. C. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234, 1146-1149.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Bernheim, H., (1895). *Suggestive therapeutics*. New York: Putnam's.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy



- of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Cautela, J. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 74, 459-468.
- Chiasson, S. W. (1973). *A syllabus on hypnosis*. American Society of Clinical Hypnosis, Education, and Research Foundation.
- Clarke, C. J., & Jackson, J. A. (1983). *Hypnosis and behavior therapy: The treatment of anxiety and phobias*. New York: Springer.
- Crasileck, H. B., & Hall, J. A. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.
- Davison, G. C., Tsujimoto, R. N., & Glaros, A. G. (1973). Attribution and the maintenance of behavior change in falling asleep. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 124-133.
- Diamond, M. J. (1974). Modification of hypnotizability: A review. *Psychological Bulletin*, 81, 180-198.
- Diamond, M. J. (1977). Hypnotizability is modifiable: An alternative approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 147-166.
- Dowd, E. T., & Milne, C. R. (1986). Paradoxical interventions in counselling psychology. *The Counselling Psychologist*, 14(2), 237-282.
- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1984, August). *The Therapeutic Reactance Scale: Development and reliability*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Dunn, R. J. (1979). Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 307-317.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Erickson, M. H. (1952). A therapeutic double bind utilizing resistance. In E. L. Rossi (Ed.) (1980), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, Vol. IV. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L., & Rossi, S. L. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Festinger, L., & Maccoby, N. (1964). On resistance to persuasive communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68, 359-366.
- Fordyce, W. L. (1974). Treating pain by contingency management. In J. J. Bonica (ed.), *Advances in neurology*: Vol. 4. New York: Raven Press.
- Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Washington Square Press.
- Friday, N. (1973). *My secret garden: Women's sexual fantasies*. New York: Simon & Schusterr, Pocket Books.
- Fromm, E., Brown, D. P., Hurt, S. W., Oberlander, J. Z., Boxer, A. M., & Pfeifer, G. (1981). The phenomena and characteristics of self-hypnosis. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29(3), 189-246.
- Fuller, J. (1981). *Rational stage-directed hypnotherapy in the treatment of self-concept and depression in a geriatric nursing home population: A cognitive experiential approach*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio State University.
- Gallagher, E. B., & Wrobel, S. (1982). The sick-role and chronic pain. In R. Roy & E. Runks (Eds.), *Chronic pain: Psychosocial factors in rehabilitation*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gargiulo, T. (1983). *Influence of training in hypnotic responsivity on hypnotically suggested analgesia*. Unpublished doctoral dissertation, California Coast University, CA.
- Gold, M. S., Pottash, A. L. C., Extein, I., & Sweeney, D. R. (1981). Diagnosis of depression in the 1980s. *JAMA*, 245, 1562-1564.

- Golden, W. L. (1982). *Self-hypnosis: The rational-emotive approach* [Cassette Recording]. New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Golden, W. L. (1983a). Rational-emotive hypnotherapy: Principles and techniques. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 47-56.
- Golden, W. L. (1983b). Resistance in cognitive-behaviour therapy. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 33-42.
- Golden, W. L. (1986a). Can hypnotized patients be persuaded to do almost anything? In B. Zilbergeld, M. G. Edelstien, & D. L. Araoz (Eds.), *Hypnosis: Questions and answers*. New York: Norton.
- Golden, W. L. (1986b). An integration of Ericksonian and cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of anxiety disorders. In E. T. Dowd & J. M. Healy (Eds.), *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Golden, W. L., & Dryden, W. (1986). Cognitive-behavioural therapies: Commonalities, divergencies and future developments. In W. Dryden & W. L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- Golden, W. L., & Friedberg, F. (1986). Cognitive-behavioural hypnotherapy. In W. Dryden & W. L. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*.
- Golden, W. L., Friedberg, F., & Richman, D. (1983). *The winning edge*. New Body, 2, 47, & 78-80.
- Golden, W. L., & Mills, R. (1982). *The sexual realities project: A self-help approach*. New York: Academic Visual Productions.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*, M. D. New York: Ballantine.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Healy, J. M., & Dowd, E. T. (1986). Hypnotherapeutic control of long-term pain. In E. T. Dowd & J. M. Healy (Eds.), *Case studies in hypnotherapy*. New York: Guilford Press.
- Hilgard, E. R. (1968). *The experience of hypnosis*. New York: Harbinger.
- Johnson, L. S. & Weight, D. G. (1976). Self-hypnosis versus heterohypnosis: Experiential and behavioral comparisons. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 523-526.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1983). *The evaluation of sexual disorders*. New York: Brunner/Mazel.
- Katz, N. W. (1979). Comparative efficacy of behavioral training, training plus relaxation, and sleep/trance hypnotic induction in increasing hypnotic susceptibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 119-127.
- Kelly, F. D., Dowd, E. T., & Duffey, D. K. (1983). A comparison of cognitive and behavioral intervention strategies in the treatment of depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 51-58.
- Kroger, W. S., & Fezler, W. D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincott.
- Lazarus, A. A. (1968). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 6, 83-89.
- Lazarus, A. A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 25-31.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In F. C. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health life-styles*. New York: Brunner/Mazel.

- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Meichenbaum, D., & Gilmore, J. B. (1982). Resistance from a cognitive-behavioral perspective. In P. L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. New York: Plenum Press.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Orne, M. T., & Evans, F. J. (1965). Social control in the psychological experiment: Antisocial behavior and hypnosis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1(3), 189-200.
- Prince, M., & Coriat, I. (1907). Cases illustrating the educational treatment of the psychoneuroses. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 166-177.
- Rossi, E. L. (Ed.). (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*. New York: Irvington.
- Rossi, E. L., Ryan, M. O., & Sharp, F. A. (Eds.). (1983). *Healing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson, Vol. 1*. New York: Irvington.
- Ruch, J. C. (1975). Self-hypnosis: The result of heterohypnosis or vice versa? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 282-304.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Salter, A. (1941). Three techniques of autohypnosis. *Journal of General Psychology*, 24, 423-438.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Capricorn.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. (1974). Toward a convergence in hypnosis research. *American Psychologist*, 29, 500-511.
- Spanos, N. P., & Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. New York: Academic Press.
- Türk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Wadden, T. A., & Anderton, C. H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 215-243.
- Watkins, J. G. (1951). A case of hypnotic trance induced in a resistant subject in spite of active opposition. *British Journal of Medical Hypnosis*, 2, 26-31.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic Books.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.
- Weitzenhoffer, A. M. (1963). *Hypnotism*. New York: Wiley: Science Editions.
- Weitzenhoffer, A. M. (1972). Behavior therapeutic techniques and hypnotherapeutic methods. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 71-82.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1968). *Behavior therapy techniques*. Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Yates, A. J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 175-182.
- Young, P. C. (1927). Is rapport an essential characteristic of hypnosis? *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 22, 130-139.